

日本ヘルスコミュニケーション学会誌 - 第 14 巻第 2 号

Health Communication Research Vol.14, No.2

<学術論文>

原著論文 外国人患者の診療における会話理解と医療通訳ニーズの関連因子の検討
田中奈美・井澤晴佳・安藤晴恵・藪下紘子・ニヨンサバ フランソワ・野田愛・大野直子
..... p. 1-14

原著論文 コロナ禍における若者の医療・健康情報入手の実態と入手に対する不満の要因
——自己効力感と eヘルスリテラシーの観点から——
金城光・須賀茜
..... p. 15-26

研究資料 産科医療に従事する多職種チームメンバーを対象としたシェアード・ディシジョン
メイキング教育プログラムの開発プロセスと受容性の検討
大坂和可子・青木裕見・納富理絵・遠藤亜貴子・中野美穂・有森直子
..... p. 27-38

総説 臨床現場における通訳の質の評価方法に関する文献レビュー
濱井妙子・永田文子・大野直子・西川浩昭・東野定律
..... p. 39-54

<企画 ヘルスコミュニケーションを学べる大学・研究機関紹介>

4. 金城学院大学 看護学部 看護学科
..... p. 55-56

編集後記・奥付
..... p. 57

原著論文

外国人患者の診療における会話理解と 医療通訳ニーズの関連因子の検討 Factors Associated with Comprehending Medical Consultations and the Need for Medical Interpreters when Caring for Foreign Patients

田中 奈美¹⁾、井澤 晴佳¹⁾、安藤 晴恵¹⁾、 簗下 紘子¹⁾、
ニヨンサバ フランソワ²⁾、野田 愛²⁾、大野 直子²⁾
Nami Tanaka¹⁾, Haruka Izawa¹⁾, Harue Ando¹⁾, Hiroko Yabushita¹⁾,
Francois Niyonsaba²⁾, Ai Noda²⁾, Naoko Ono²⁾

1) 順天堂大学大学院医学研究科医科学専攻医療通訳修士課程

2) 順天堂大学国際教養学部/順天堂大学大学院医学研究科医科学専攻医療通訳

1) Master of Medical Interpreting, Graduate School of Medicine, Juntendo University

2) Faculty of International Liberal Arts, Juntendo University / Department of Medical Interpreting, Graduate School of Medicine, Juntendo University

Abstract

Background: There has been a recent increase in foreign residents and overseas visitors to Japan. This has meant that more non-native Japanese speakers are receiving medical care in Japan, leading to communication problems. This study aimed to clarify the factors associated with comprehending medical consultations and the need for medical interpreters among foreign patients. **Methods:** We distributed questionnaires to 1,810 foreigners who visited a hospital in Japan. Items covered personal attributes, medical examination status, illness perceptions, and patient satisfaction. We used logistic regression analysis to analyze the 151 valid responses and extract items related to comprehending medical consultations and the need for medical interpreters. **Results:** Comprehending medical consultations was significantly associated with “interpreters (patient’s language not English)” (OR =0.20, 95% CI [0.05, 0.79]) and “machine translation” (OR =0.15, 95% CI [0.03, 0.82]). The need for medical interpreters was significantly associated with “English respondent” (OR =4.45, 95% CI [1.14, 17.35]), “Chinese respondent” (OR =5.25, 95% CI [1.07, 25.85]), and “illness comprehensibility” (OR =1.24, 95% CI [1.00, 1.52]). **Conclusions:** Direct communication with a physician tended to increase comprehending of medical consultations more than the use of an interpreter. However, foreign patients still needed medical interpreters even when they could speak to physicians.

要旨

背景 近年、在留および訪日外国人の増加に伴い、外国人の日本における受療機会が増加し、コミュニケーションの問題に起因したトラブル事例も報告されている。本研究では外国人患者の会話理解と医療通訳ニーズの関連因子について質問紙調査を通して明らかにすることを目的とした。

方法 日本の病院で受診経験のある日本語を母語としない者 1810 名に、個人属性、受診状況、病気認知、患者満足度に関する質問紙を配布した。有効票 151 名を対象に二項ロジスティック回帰分析によって会話理解および医療通訳ニーズとの関連項目を抽出した。

結果 会話理解は、受診形式の「通訳（患者言語が英語以外）」(0.20; 0.05-0.79) と「機械翻訳」(0.15; 0.03-0.82) と有意な関連があった。医療通訳ニーズは「英語回答者」(4.45; 1.14-17.35)、「中国語回答者」(5.25; 1.07-25.85)、「病気への理解」(1.24; 1.00-1.52) と有意な関連があった。

結語 医師との直接会話は通訳を介するより会話理解を高める傾向がみられるが、理解有の状況でも医療通訳にはニーズがあることが明らかになった。

キーワード: 外国人患者、医療通訳、患者満足度、病気認知、B-IPQ

Keywords: foreign patients, medical interpreter, patient satisfaction, illness perception, B-IPQ

1. 序文

2021 年末時点の在留外国人数は 276 万 635 人にのぼり、2015 年度の 223 万 2189 人から約 53 万人増加した（出入国在留管理庁, 2022a）。2020 年から 2022 年は新型コロナウイルス感染防止対策のため、外国人の入国が制限されたが、2019 年に「特定技能」の在留資格が創設されたことで、今後さらに、在留外国人の増加が見込まれる。また、2019 年の訪日外国人数は 3188 万人にのぼり（日本政府観光局, 2020）、往来再開後は、再び訪日客の増加が予測される。

在留および訪日外国人の増加に伴い、近年、外国人が日本の医療機関を受診する機会が増加している。厚生労働省による 2021 年の実態調査では、全国の医療機関からの回答 5138 件のうち、同年 9 月に外国人患者の受入れ実績があった機関は 50.1%であった（厚生労働省, 2022）。また 2016 年の実態調査について行われた研究では、在留外国人患者数は 47 万から 120 万人、訪日外国人患者数は 5 万 3600 人から 72 万人との推定も算出されている（山田, 2017）。

このような状況を踏まえ、厚生労働省では、「医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業」（医療機関が外国人患者を受け入れるにあたって、拠点となる病院へ医療通訳、外国人向け医療コーディネーターの配置支援を実施する事業、および電話通訳サービス利用を促進する事業）を推進し、現在は電話通訳サービスの導入なども進んでいる。

しかし上述の 2021 年の実態調査では、全国の医療機関からの回答 5453 件のうち、自院における「外国人患者受入れ体制整備方針」について「整備していない」が 87.2%にのぼる。医療機関の種別では、救急医療機関で「整備していない」が 82.1%、拠点的な医療機関でも「整備していない」が 65.4%を占め、いずれも高い割合を示した（厚生労働省, 2022）。特に、新型コロナウイルス感染症が爆発的に増加する状況において、言語障壁のある外国人対応に困難があったことは、日本医師会外国人医療対策委員会の報告書からも知ることができる（日本医師会外国人医療対策委員会, 2022）。

また、緊急性の高い救急・救命の現場において、言語・意思疎通の問題が治療へ影響することは、これまでの先行研究で報告されている。成田赤十字病院の救命救急センターで入院治療を行った外国人救急患者 82 人に対する調査では、24 人が英語を話さず、同伴者のいる患者は 32 人のみで、問診や病状説明、インフォームドコンセントの取得などに困難があったという（尾世川 et al., 2002）。また、2005 年から 2015 年までの文献レビューにより、日本の外国人救急患者への医療を調査した研究で、外国人救急患者の受診時に最も多かった困難は、言語の問題であった（巽 et al., 2016）。

アメリカの MIMIC-III (Medical Information Mart for Intensive Care) の ICU データベースを用いた調査では、英語以外の言語を第一言語とする重篤患者は、英語を第一言語とする患者より、ICU に移る前の ED (Emergency Department) での滞在時間が、中央値 17~35 分長く、死亡率も高いことが示された。死亡率の高さには多くの要因が考えられるとするも、医師との効果的なコミュニケーション能力は、より正確な診断と適切な治療において重要である可能性が高いことが指摘されている（Oca et al., 2021）。

日本の救急外来のある医療機関では、英語と中国語の院内通訳を置き、時間外には電話通訳を利用しているところもある。しかし、少数言語の対応は難しく、「多くの救急医療機関は準備が不十分なまま外国人患者対応をしている」ことが指摘されている（増井 et al., 2021）。救急外来を利用した患者からも、「十分にコミュニケーションがとれないことでの戸惑い」「満足するほどの情報が得られないことへの不満・戸惑い」「通訳者不足に対する不満」などの意見があったことが報告され、「（ペースメーカーの種類や設定など）重要なことをもう少し掘り下げて聞きたかった」「日本語はわかってても専門用語はわからない」などの声も聞かれた（別府 et al., 2020）。

また、外国人旅行者の増加に伴い、外国人旅行者妊婦の受診の増加も報告されている。沖縄県立中部病院総合周産期母子医療センターでは 2014 年から 2018 年の 5 年間で、37 例の外国人旅行者妊婦の受診があった。特にアジア圏を中心とした受診者が多いことから、英語以外での対応が必要となったが、翻訳アプリケーションツールなどでは専門性の高い医学的説明の翻訳は難しく、治療方針や急な決断を要する場合の対応は困難を極めたという（中澤 et al., 2020）。

在留外国人女性の妊娠・出産においても、言語障壁は文化の違いとともに、課題の一つとして認識されている。患者はコミュニケーション問題の解決策として、言葉が分かる人に助けを求めるとする方法を選択する（橋本 et al., 2011）。しかし、家族または知人・友人によるわか通訳は、正確性の問題や用語知識の不足なども指摘されている（永田 et al., 2010）。

その他の外国人診療においてもコミュニケーションの問題に起因したトラブル事例は少なくなく、「MRI 検査の前に体内に金属がないことを確認していたが、直前になって体内に金属があるという曖昧な答えがかえってきて安全のため MRI は中止となった」「入院患者の行動の確認不足による無断離院」「入院患者の理解度の確認不足による点滴自己抜去」などの事例が報告されている（濱井 et al., 2017）。

以上の外国人診療に関連する先行研究から、日本語を母語としない者が日本の病院を受診する際、言語的障壁が診

察の障壁となりうると考えられる。出入国在留管理庁の「令和 3 年度在留外国人に対する基礎調査報告書」における「病院で診察・治療を受ける際の困りごと」では、「どこの病院に行けばよいか分からなかった」(22.8%)について、「病院で症状を正確に伝えられなかった」(21.8%)が高い割合を示した(出入国在留管理庁, 2022b)。

しかし、これまでの研究は、医療機関を主たる調査対象としたものが多く、患者を対象とした調査の場合は、前述の橋本(2011)や永田(2010)らの先行研究が示すように、主に患者へのインタビューなどによる質的研究であった。また、日本語を母語としない者を対象に、受診時の会話理解と医療通訳ニーズの有無について調査した先行研究は見当たらなかった。そこで本研究では、日本語を母語としない者を対象に、受診時の会話理解の関連因子および医療通訳ニーズの関連因子について、明らかにすることを目的とした。

2. 方法

2.1 研究対象者、実施方法と期間

対象者は東京の国際交流協会や日本語教室の利用者、留学生等のうち、下記の[1]から[3]すべてに該当する者とした。

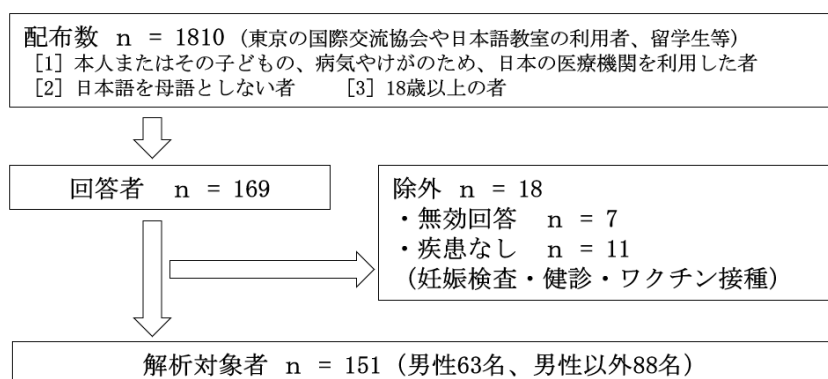
- [1] 本人またはその子どもの、病気やけがのため、日本の医療機関を利用した者
- [2] 日本語を母語としない者
- [3] 18歳以上の者

方法は質問紙を日本語、英語、中国語、ベトナム語の4か国語で作成し、2022年2月から5月に、Googleフォームで配布した。この際、日本語の質問紙は主要言語以外に対応するため、やさしい日本語で作成した。

日本語以外の各国語版の質問紙は、まず日本語で作成したのち、実績のある翻訳会社で翻訳および逆翻訳を行い、正確性を確認した。質問項目のうち、既存の調査票である患者満足度と病気認知(B-IPQ)は、開発者が作成・翻訳した言語のバージョンがある場合、その提供を受けた。具体的には、患者満足度は日本語版と英語版の提供を受け、中国語版とベトナム語版の翻訳を行った。B-IPQは英語版開発者から、英語版のほか、それらを日本語および中国語に翻訳した日本語版、中国語版の提供を受け、ベトナム語版の翻訳を行った。これらの翻訳も上述の通り、実績のある翻訳会社で翻訳および逆翻訳を行い、正確性を確認した。翻訳に際し開発者の許可を得た。また、これら既存の調査票の日本語版はいずれも、やさしい日本語には変換せず、開発者が提供したものを使用し、難解な日本語には注釈をつけた。これにより、他言語版との統一性を保った。

質問紙は1810名に配布し169名(回答率9.3%)から回答を得た。このうち記入ミス、回答間の整合性チェック等を実施し、無効となる調査票を除外した有効票151人を対象とした。研究対象者の抽出フローチャートを図1に示す。なお、質問紙の回答所用時間は主に10~15分であった。

図1 研究対象者の抽出フローチャート



2.2 倫理上の配慮

質問紙への回答は任意とし、無記名で行った。上述の協力団体の責任者には、同意説明文書を送付したうえで、対面、電話またはオンライン面談で説明をし、協力への同意を得た。さらに同意を得た各団体より研究対象者に、メールなどの電子形式や対面方式で質問紙を配布した。またアンケートサイトを作成し、同意説明文書の要約および同意説明文書のリンク先を掲載して、いつでも閲覧できるようにした。

質問紙の冒頭に、回答は任意であること、回答せずとも害が及ぶことはしていないこと、途中で回答をやめてもよいこと、無記名のアンケートのため送信後は修正・撤回ができないことを記載したのち、回答に同意するかどうかを問う質問を設け、同意をした者のみその後の質問に回答できるようにした。本研究は、順天堂大学医学部医学

系研究等倫理委員会による審査を受け、承認を得た（実施許可番号：E21-0237-M02）。

2.3 調査項目

質問紙は「個人属性」「受診状況」「患者満足度」「病気認知（B-IPQ）」の 4 つの要素から構成した。

[1] 個人属性

「日常生活で使用する言語」「出身国」「年齢」「性別」「在住期間」「在留資格」を聞いた。

[2] 受診の状況

「受診者（研究対象者または対象者の子ども）」「病院所在地」「受診窓口（一般外来、救急など）」「受診時期」「受診時の会話形式と言語」「会話の理解度」「医療通訳ニーズ」について聞いた。

このうち、会話の理解度は「1 全然わからなかった」から「4 よくわかった」の 4 段階で聞いた。「医療通訳ニーズ」は「1 使いたい」「2 自分の使用する言語の通訳があれば使いたい」「3 安ければ使いたい」「4 不要」の多重回答とした。また、会話理解の「1 全然わからなかった」から「4 よくわかった」の回答について、なぜそのように思ったかを自由記述形式で聞いたほか、診療における医師とのコミュニケーションに関する意見についても自由記述形式で聞いた。

[3] 患者満足度

「1. 全体的満足度」「2. 完全な診察」「3. 全人的医療」「4. 診察時間」「5. 患者中心性」について聞いた。

これは医師の診察に関する自記式の患者満足度調査票で、竹村らが開発し、日本において妥当性と信頼性を検証したものである (Takemura et al., 2006)。質問は「今日受けた診察には非常に満足した」「先生は私を注意深く漏れなく診察してくれた」など 12 の項目で構成され、回答には「非常にそう思う」「そう思う」「どちらでもない」「そう思わない」「全くそう思わない」の 5 段階のリッカート尺度を使用する。また 12 の質問項目は上述の 5 つのコンポーネントに分類することができ、このうち「4. 診察時間」は逆転尺度である。合計得点（0～48 点）が高いほど、医師の診察の満足度が高いと評価した。

[4] 病気認知 B-IPQ (Brief-Illness Perception Questionnaire)

「1. 生活への影響 (consequences)」「2. 治癒までにかかる時間 (timeline)」「3. 病気に対するコントロールの程度 (personal control)」「4. 治療効果の程度 (treatment control)」「5. 症状の同定 (identity)」「6. 病気に対する懸念 (concern)」「7. 病気への理解 (illness comprehensibility)」「8. 感情的な影響 (emotions)」について聞いた。

Illness Perception Questionnaire (IPQ) (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996) の病気認知尺度は、Leventhal ら (1980) が示した病気認知を測定するために開発された。Brief-IPQ は、その改訂版である The Revised Illness Perception Questionnaire (Moss-Morris et al., 2002) から、各下位尺度を最も集約する質問を抽出して構成した簡易版で、Broadbent らが開発した (Broadbent et al., 2006)。

1 から 8 の項目は、それぞれ「0 全く影響していない／10 著しく影響している」「0 非常に短期間／10 永遠にかかる」など「0」から「10」の 11 段階のリッカート尺度を使用する。「3. 病気に対するコントロールの程度」「4. 治療効果の程度」「7. 病気への理解」は逆転尺度である。9 番目の項目として、考えうる病気の原因 3 つを自由記述形式で問う質問があるが、本研究では分析対象としなかった。合計得点（0～80 点）が高いほど、病気に対する脅威の認識が高いと評価される。

患者満足度と病気認知 B-IPQ の質問項目を表 1 に示す。

表 1 患者満足度と病気認知 B-IPQ の質問項目

【患者満足度】 (非常にそう思う、そう思う、どちらでもない、そう思わない、全くそう思わない)	
1 全般的満足度	
Q1 今日受けた診察には、非常に満足した	
Q2 今日受けた診察には、今までの診察よりよい点があった	
2 完全な診察	
Q3 先生は、私を注意深く漏れなく診察してくれた	
Q4 先生は、私のことを完璧に診察してくれた	
3 全人的医療	
Q5 この先生は、私についてすべてを知っている	
Q6 この先生は、私がどのように考えているのかを本当に知っていると感じている	
4 診察時間	
Q7 私の診察時間は、私が望んだことすべてに対処するには十分な長さではなかった	
Q8 私は、診察時間をもう少し長くともってもらえたらよかったのに、と思う	
Q9 私の診察時間は少し短かすぎた	
5 患者中心性	
Q10 この先生は、私の考えを聞いてくれた	
Q11 この先生は、私がしてほしいことを聞いてくれた	
Q12 この先生は、とても正直だと思う	
【病気認知 B-IPQ】 (回答は 0 から 10 までの 11 段階)	
1 生活への影響	How much does your illness affect your life? no affect at all / severely affects my life
2 治癒までの時間	How long do you think your illness will continue? very short time / forever
3 コントロール感	How much control do you feel you have over your illness? absolutely no control / extreme amount of control
4 治療効果	How much do you think your treatment can help your illness? not at all / extremely helpful
5 症状の同定	How much do you experience symptoms from your illness? no symptoms at all / many severe symptoms
6 病気への懸念	How concerned are you about your illness? not at all concerned / extremely concerned
7 病気への理解	How well do you feel you understand your illness? don't understand at all / understand very clearly
8 感情的影響	How much does your illness affect you emotionally? not at all affected emotionally / extremely affected emotionally

2.4 分析方法

受診時の会話理解度「1（全然わからなかった）」から「4（よくわかった）」の4段階のうち、1と2を「会話理解無」、3と4を「会話理解有」とした。また、医療通訳ニーズは「1 使いたい」「2 自分の使用する言語の通訳があれば使いたい」「3 安ければ使いたい」を選択した回答すべてを「ニーズ有」とし、「4 不要」のみ選択した回答を「ニーズ無」と定義した。

これらを踏まえ、まず、会話理解の有無に関連する因子を抽出するため、会話理解の有無を目的変数とし、各調査項目を説明変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。続いて、医療通訳ニーズの有無を目的変数とし、各調査項目を説明変数とした二項ロジスティック回帰分析を行い、医療通訳ニーズと関連する因子を抽出した。

会話理解と医療通訳ニーズのいずれの解析においても、すべての項目について単変量の二項ロジスティック回帰分析を行い、有意に関連のある項目を抽出したのち、それらを説明変数とした多変量の二項ロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った。また、性別、年齢の影響を調整した。統計解析ソフトは SPSS Ver. 28 (IBM) を使用し、有意水準は 5%未満とした。本研究の枠組みを図 2 に示す。

さらに会話理解と診療に関する自由記述欄において、会話理解と医療通訳ニーズに関連する記述を確認した。

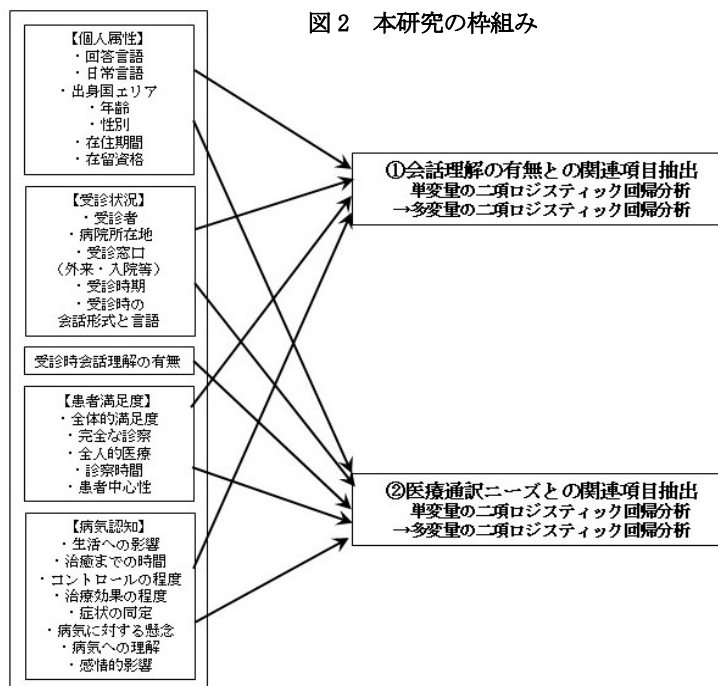


表2 対象者の個人属性、受診状況、患者満足度、病気認知

	n(%) or mean±SD	全体 n = 151	会話理解の有無		医療通訳ニーズの有無	
			有群 n = 101	無群 n = 50	有群 n = 126	無群 n = 22
個人属性	回答言語	日本語	37(36.6)	15(30.0)	39(31.0)	13(59.1)
		英語	32(31.7)	12(24.0)	41(32.5)	3(13.6)
		中国語	24(23.8)	18(36.0)	37(29.4)	2(9.1)
		ベトナム語	8(7.9)	5(10.0)	9(7.1)	4(18.2)
	日常言語	日本語	62(61.4)	26(52.0)	70(55.6)	15(68.2)
		英語(日本語NG)	19(18.8)	10(20.0)	28(22.2)	1(4.5)
		中国語(日本語と英語NG)	8(7.9)	11(22.0)	17(13.5)	2(9.1)
		その他(日本語と英語NG)	12(11.9)	3(6.0)	11(8.7)	4(18.2)
	出身国エリア	中国	37(36.6)	25(50.0)	52(41.3)	7(31.8)
		韓国	10(9.9)	1(2.0)	8(6.3)	3(13.6)
		ベトナム	12(11.9)	7(14.0)	15(11.9)	4(18.2)
		その他のアジア	24(23.8)	7(14.0)	25(19.8)	6(27.3)
		中南米・アフリカ	8(7.9)	4(8.0)	11(8.7)	1(4.5)
		北米・欧州	10(9.9)	6(12.0)	15(11.9)	1(4.5)
	年齢	35.46±11.92	35.17±10.70	36.04±14.17	35.54±11.89	35.55±12.87
	性別	男性	40(39.6)	23(46.0)	55(43.7)	6(27.3)
		男性以外	61(60.4)	27(54.0)	71(56.3)	16(72.7)
	在住期間	0～5年	72(71.3)	38(76.0)	95(75.4)	12(54.5)
		6～10年	16(15.8)	7(14.0)	17(13.5)	6(27.3)
		11～21年	7(6.9)	2(4.0)	8(6.3)	1(4.5)
		21年以上	6(5.9)	3(6.0)	6(4.8)	3(13.6)
受診状況	在留資格	留学	34(33.7)	17(34.0)	36(28.6)	13(59.1)
		専門技術	24(23.8)	8(16.0)	31(24.6)	0(0.0)
		身分にもとづく	27(26.7)	12(24.0)	33(26.2)	6(27.3)
		その他	16(15.8)	13(26.0)	26(20.6)	3(13.6)
	受診者	回答者本人	89(88.1)	44(88.0)	110(87.3)	20(90.9)
		回答者の子ども	12(11.9)	6(12.0)	16(12.7)	2(9.1)
	病院所在地	東京	87(86.1)	42(84.0)	106(84.1)	20(90.9)
		千葉/神奈川/埼玉	10(9.9)	7(14.0)	15(11.9)	2(9.1)
		その他	4(4.0)	1(2.0)	5(4.0)	0
	受診窓口	一般外来	77(76.2)	42(84.0)	99(78.6)	17(77.3)
		救急外来	9(8.9)	1(2.0)	8(6.3)	2(9.1)
		セカンドオピニオン	3(3.0)	1(2.0)	3(2.4)	1(4.5)
		入院手術	7(6.9)	5(10.0)	11(8.7)	1(4.5)
		新型コロナウイルス感染による受診	5(5.0)	1(2.0)	5(4.0)	1(4.5)
	受診時期	治療中/入院中	9(8.9)	5(10.0)	12(9.5)	1(4.5)
		1年以内	73(72.3)	34(68.0)	91(72.2)	14(63.6)
		2～3年前	11(10.9)	6(12.0)	14(11.1)	3(13.6)
		4年以上前/無回答	8(7.9)	5(10.0)	9(7.1)	4(18.2)
	受診時の会話形式と 言語(医師－患者)	直接会話(日本語)	69(68.3)	25(50.0)	75(59.5)	17(77.3)
		直接会話(英語/中国語)	16(15.8)	4(8.0)	18(14.3)	2(9.1)
患者満足度		通訳(日本語－英語)	9(8.9)	5(10.0)	13(10.3)	1(4.5)
		通訳(日本語－英語以外)	4(4.0)	10(20.0)	12(9.5)	2(9.1)
		機械翻訳	3(3.0)	6(12.0)	8(6.3)	0(0.0)
	受診時の会話理解	有	101(66.9)		81(64.3)	18(81.8)
		無	50(33.1)		45(35.7)	4(18.2)
	医療通訳ニーズ	有	126(83.4)	81(80.2)	45(90.0)	
		無	22(14.6)	18(17.8)	4(8.0)	
	※逆転項目：点数は逆転済	1全体的な満足度	5.63±1.37	5.63±1.32	5.62±1.47	5.63±1.36
		2完全な診察	5.74±1.69	5.94±1.57	5.34±1.86	5.71±1.69
	1～3：各0～8点	3全人的診察	4.74±1.71	4.85±1.62	4.50±1.88	4.70±1.75
	4～5：各0～12点	4診察時間※	5.80±2.49	5.97±2.63	5.46±2.17	5.80±2.41
	合計：0～48点	5患者中心	8.53±2.13	8.71±2.13	8.16±2.09	8.48±2.10
	クロンバックα係数 = 0.75	合計	30.44±6.80	31.11±6.53	29.08±7.17	30.33±6.64
						31.05±8.01
	病気認知(B_IPQ)	1生活への影響	4.17±3.15	4.33±3.21	3.84±3.02	4.13±3.05
		2治療までにかかる時間	3.68±3.36	3.68±3.46	3.66±3.20	3.70±3.42
	※逆転項目：点数は逆転済	3コントロールの程度※	3.92±3.05	3.68±2.98	4.40±3.16	4.05±3.01
	1～8：各0～10点	4治療効果の程度※	3.19±2.98	2.78±2.75	4.02±3.27	3.25±2.97
	合計：0～80点	5症状の同定	3.95±2.88	4.32±2.97	3.20±2.56	4.02±2.82
	クロンバックα係数 = 0.66	6病気に対する懸念	5.41±3.15	5.35±3.08	5.54±3.33	5.37±3.14
		7病気への理解※	3.42±2.84	2.94±2.58	4.38±3.12	3.62±2.83
		8感情的な影響	4.58±2.98	4.70±3.10	4.32±2.74	4.67±2.93
		合計	32.30±13.29	31.78±14.19	33.36±11.32	32.79±12.53
						30.00±17.28

3. 結果

3.1 対象者の背景因子

本研究における対象者151名の個人属性、受診状況、患者満足度および病気認知は表2の通りである。

対象者の年齢は平均35.46歳(SD±11.92)と比較的若く、性別は男性63名(41.7%)、女性86名(57.0%)、その他2名(1.3%)であった。このうち、「その他」の2名は受診時の会話理解が「有」であったことと、「理解有」の比率は、男性(39.6%)より女性(58.4%)が多かったことから、解析の際は「男性」および「男性以外」とした。

日常的に日本語を使用している者は88名(58.3%)で、出身国エリアは中国が最も多く62名(41.1%)、韓国とベトナムを含むアジア出身者は61名(40.4%)であった。在留期間は5年以下が110名(72.8%)と高い割合を占めた。

受診時の会話形式は、医師と直接話した者が114名(75.5%)と最も多く、医療通訳の利用は4名のみで、その他の通訳は家族(13名)・友人知人(11名)によるものであった。このため、解析の際の通訳の分類は、患者言語が英語の場合と英語以外の場合とした。また、機械翻訳と回答したものうち、医師と日本語で直接会話をし、自由記述欄に機械翻訳を補助的に使用したと記載があった1名は日本語での直接会話に分類した。

受診時の会話理解有は101名(66.9%)、理解無は50名(33.1%)、医療通訳ニーズ有は126名(83.4%)、ニーズ無は22名(14.6%)であった。

また、使用した尺度のクロンバック α 係数は、患者満足度0.75、病気認知(B-IPQ)0.66であった。

3.2 受診時の会話理解の関連因子

会話理解の有無を目的変数とし、対象者の個人属性、受診状況、患者満足度と病気認知の各項目をそれぞれ個別に説明変数とする単変量の二項ロジスティック回帰分析を行った。有意な関連が認められた項目のうち、「患者満足度」の「完全な診察」は、「病気認知」の「治療効果の程度」および「病気への理解」と相関($r = -0.34$ および $r = -0.22$)が認められたほか、「病気認知」の「症状の同定」と「病気への理解」の間にも相関($r = 0.38$)が認められたが(表3)、弱い相関であることから、多変量の二項ロジスティック回帰分析では、有意な関連が認められた項目すべてを説明変数として投入し、年齢と性別で調整を行った。

表3 全対象者の病気認知と患者満足度の相関関係(スピアマンの順位相関係数)

*: $p < .05$, **: $p < .01$.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
患者満足度	1患者満足度(全体的な満足度)	1.00														
	2患者満足度(完全な診察)	0.67**	1.00													
	3患者満足度(全人的診察)	0.48**	0.53**	1.00												
	4患者満足度(診察時間)	0.12	0.24**	0.05	1.00											
	5患者満足度(患者中心)	0.52**	0.66**	0.61**	0.17*	1.00										
	6患者満足度スコア(合計)	0.69**	0.82**	0.69**	0.49**	0.81*	1.00									
病気認知	7病気認知(生活への影響)	-0.20*	-0.09	-0.16*	0.17*	-0.03	-0.05	1.00								
	8病気認知(治療までにかかる時間)	-0.28**	-0.29**	-0.18*	0.01	-0.17*	-0.23**	0.52**	1.00							
	9病気認知(コントロールの程度)	-0.22**	-0.14	-0.03	-0.03	0.02	-0.09	0.26**	0.18*	1.00						
	10病気認知(治療効果の程度)	-0.39**	-0.34**	-0.24**	-0.15	-0.13	-0.30**	0.05	0.26**	0.33**	1.00					
	11病気認知(症状の同定)	-0.15	0.05	-0.04	0.09	0.09	0.05	0.58**	0.42**	0.12	0.02	1.00				
	12病気認知(病気に対する懸念)	-0.01	-0.04	0.14	-0.02	0.11	0.07	0.28**	0.27**	0.10	0.03	0.35**	1.00			
	13病気認知(病気への理解)	-0.13	-0.22**	-0.10	-0.24**	-0.10	-0.21*	0.02	0.10	0.44**	0.38**	-0.05	-0.03	1.00		
	14病気認知8(感情的な影響)	-0.09	-0.09	-0.03	-0.08	-0.02	-0.09	0.41**	0.27**	0.18*	0.07	0.46**	0.53**	-0.09	1.00	
	15病気認知スコア(合計)	-0.30**	-0.24**	-0.11	-0.07	-0.05	-0.18*	0.71**	0.66**	0.53**	0.41**	0.61**	0.56**	0.31**	0.60**	1.00

その結果、受診時の会話理解の有無に対する有意な関連因子として、「受診時の会話形式(基準群:日本語での直接会話)」の「患者言語が英語以外の場合の通訳」(OR =0.20, 95% CI [0.05, 0.79])と「機械翻訳」(OR =0.15, 95% CI [0.03, 0.82])が抽出された(表4)。

また、会話理解と診療に関する自由記述欄で、医師と直接会話をした場合、会話を理解できた理由について「日本語がわかる」というコメントが7件あったほか、「先生はやさしい日本語で話してくれていた」「医師が理解しやすい単語を使って、説明してくれた」「聞き取れないところは言い方を変えてくれたり、漢字を書いたり、英語を使ったりしてくれた」など医師の配慮について言及したコメントが6件、「医師の英語が流暢だった」など医師の英語力を挙げたコメントが8件あった。

一方、通訳を利用し会話理解が低かった場合、「夫が日本語を話せる」というコメントが2件あったほか、通訳利用の問題として「友人のスペイン語レベルがあまり高くなかった」というコメントが1件あった。機械翻訳を利用

した場合については、理解の有無に関する明確なコメントはなかった。

表4 会話理解の有無を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析

受診時会話理解 有：1 無：0 n = 151	単変量解析の未調整モデル				多変量解析の調整モデル			
	オッズ比	95% 信頼区間		p値	オッズ比	95% 信頼区間		p値
日常言語 基準群：日本語								
英語(日本語NG)	0.80	0.33	1.94	0.618	0.83	0.25	2.74	0.755
中国語(日本語と英語NG)	0.30	0.11	0.85	0.022 *	0.52	0.15	1.80	0.301
その他(日本語と英語NG)	1.68	0.44	6.44	0.451	2.15	0.42	10.90	0.357
受診会話形式と言語（医師－患者）基準群：直接会話（日本語）								
直接会話（英語/中国語）	1.45	0.44	4.75	0.540	1.41	0.34	5.84	0.635
通訳（日本語－英語）	0.65	0.20	2.13	0.480	0.61	0.15	2.50	0.496
通訳（日本語－その他の言語）	0.14	0.04	0.50	0.002 **	0.20	0.05	0.79	0.021 *
機械翻訳	0.18	0.04	0.78	0.022 *	0.15	0.03	0.82	0.029 *
患者満足度（完全な診察）	1.23	1.01	1.51	0.043 *	1.16	0.89	1.50	0.265
病気認知（治療効果の程度）	0.87	0.78	0.98	0.018 *	0.88	0.75	1.02	0.082
病気認知（症状の同定）	1.15	1.02	1.30	0.026 *	1.12	0.96	1.31	0.139
病気認知（病気への理解）	0.84	0.74	0.95	0.004 **	0.91	0.78	1.06	0.212

* : $p < .05$, ** : $p < .01$. 年齢、性別を調整変数として投入

3.3 医療通訳ニーズの関連因子

次に医療通訳ニーズの有無を目的変数とし、各調査項目を説明変数とした単変量の二項ロジスティック回帰分析を行った。医療通訳ニーズの回答に欠損のあった3件を除外し、148件について解析した。単変量解析の結果有意な関連が認められた項目を説明変数とし、年齢と性別の影響を調整した多変量の二項ロジスティック回帰分析を行った。その結果、医療通訳ニーズの有無に対する有意な関連因子として、「質問紙の回答言語(基準群: 日本語)」の「英語」(OR = 4.45, 95% CI [1.14, 17.35])、「中国語」(OR = 5.25, 95% CI [1.07, 25.85])と「病気認知」の「病気への理解」(OR = 1.24, 95% CI [1.00, 1.52])が抽出された(表5)。

表5 医療通訳ニーズの有無を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析

医療通訳ニーズ 有：1 無：0 n = 148		単変量解析の未調整モデル				多変量解析の調整モデル			
		オッズ比	95% 信頼区間		p値	オッズ比	95% 信頼区間		p値
質問紙回答言語	基準群：日本語			下限			上限		
英語		4.56	1.21	17.22	0.025 *	4.45	1.14	17.35	0.032 *
中国語		6.17	1.30	29.20	0.022 *	5.25	1.07	25.85	0.042 *
ベトナム語		0.75	0.20	2.85	0.673	0.66	0.15	2.86	0.577
病気認知（病気への理解）		1.24	1.02	1.51	0.032 *	1.24	1.00	1.52	0.045 *

* : $p < .05$, ** : $p < .01$. 年齢、性別を調整変数として投入

続いて医療通訳ニーズと有意な関連があった英語および中国語回答者の背景因子を確認した。148名の回答言語別「出身国エリア」において、英語回答者は「アジア」が最も多く19名(43.2%)であった(表6)。「受診時の会話形式と言語」において、日本語回答者は「直接会話(日本語)」が41名(78.8%)、英語回答者は「直接会話(日本語)」18名(40.9%)、「直接会話(英語)」17名(38.6%)、中国語回答者は「直接会話(日本語)」24名(61.5%)であった(表7)。

また、医療通訳ニーズについて、在留資格の専門技術(専門・技術的分野)31名はすべてニーズ有を選択した。会話理解と診療に関する自由記述欄で、医療現場における専門用語の難解さに言及したコメントは19件あった。

表 6 回答言語別の出身国エリア

			出身国エリア						
			中国	韓国	ベトナム	アジア	北米・欧州	中南米・アフリカ	合計
回答言語	日本語	度数	20	10	4	11	3	4	52
		出身国エリアの割合	38.5%	19.2%	7.7%	21.2%	5.8%	7.7%	100.0%
	英語	度数	1	1	2	19	13	8	44
		出身国エリアの割合	2.3%	2.3%	4.5%	43.2%	29.5%	18.2%	100.0%
	中国語	度数	38	0	0	1	0	0	39
		出身国エリアの割合	97.4%	0.0%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	100.0%
	ベトナム語	度数	0	0	13	0	0	0	13
		出身国エリアの割合	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	合計	度数	59	11	19	31	16	12	148
		出身国エリアの割合	39.9%	7.4%	12.8%	20.9%	10.8%	8.1%	100.0%

表 7 回答言語別の受診時の会話形式と言語

			受診時の会話形式と言語（医師-患者）					
			直接会話 （日本語）	直接会話 （英語/中国語）	通訳 （日本語-英語）	通訳 （日本語-その他）	機械翻訳	合計
回答言語	日本語	度数	41	1	3	5	2	52
		会話形式の割合	78.8%	1.9%	5.8%	9.6%	3.8%	100.0%
	英語	度数	18	17	5	2	2	44
		会話形式の割合	40.9%	38.6%	11.4%	4.5%	4.5%	100.0%
	中国語	度数	24	2	4	5	4	39
		会話形式の割合	61.5%	5.1%	10.3%	12.8%	10.3%	100.0%
	ベトナム語	度数	9	0	2	2	0	13
		会話形式の割合	69.2%	0.0%	15.4%	15.4%	0.0%	100.0%
	合計	度数	92	20	14	14	8	148
		会話形式の割合	62.2%	13.5%	9.5%	9.5%	5.4%	100.0%

4. 考察

4.1 対象者の特徴

本研究の対象者は、主に東京都内の国際交流協会や日本語教室の利用者、留学生などの在留外国人であることが特徴の一つである。

全国の在留外国人の国籍別構成比上位 3 か国は、2021 年末時点で中国（構成 26.0%）、ベトナム（15.7%）、韓国（14.8%）である（出入国在留管理庁，2022a）。ただし、大阪府では韓国・朝鮮が多く、自動車メーカーの工場などがある愛知県や群馬県ではブラジルが多いなど、いくつかの地域の特徴がみとめられる（総務庁統計局，2021）。

本研究の質問紙調査を行った東京での上位 3 か国は、2022 年 1 月時点で中国（39.3%）、韓国（16.1%）、ベトナム（6.6%）であった（東京都，2022a）。これに対し、本研究対象者の上位 3 か国は中国（41.1%）、ベトナム（12.6%）、韓国（7.3%）で、全国および東京都における構成比と大きな乖離はないと考えた。

また、在留外国人の年齢は、令和 2 年度国勢調査では全国平均 36.2 歳で、20 代が 28.4%と最も多く、ついで 30 代が 22.2%を占めた。東京都も全国と同様の状況で、2022 年 1 月時点で 20 代（26.6%）が最も多く、30 代（25.1%）が続く（東京都，2022b）。これに対し、本研究対象者の平均年齢は 35.5 歳で、最多は 20 代（35.1%）、次に 30 代（33.1%）であり、年齢構成も全国および東京都と大きな違いは見られなかった。

ただし在留資格は、全国では永住者が 30.1%と最も多く、留学は 7.5%であり、東京都では永住者 30.4%、留学 12.0%であるのに対し（出入国在留管理庁，2022c）、本研究の対象者は留学（33.8%）が最も多く、永住者を含む身分にもとづく在留資格は 25.8%であった。

また、本研究の対象者の在住期間は 5 年以下が 72.8%を占め、比較的短い者が多い一方で、日常的に日本語を使用

している者の割合は 58.3%と半数以上にのぼった。受診時の会話形式も日本語で医師と直接話した者は 62.3%と、日本語の使用率は高く、日常の使用言語に日本語を選択しなかった者でも、日本語を解する者が一定数いることが推測された。以上の点から、本研究の対象者の特徴として、日本語を理解する者が多いことが挙げられると考えた。

4.2 受診時の会話理解の関連因子

統計解析の結果から、受診時の会話理解は、医師と日本語で直接会話した場合に対し、通訳を介した場合（患者言語は英語以外）と機械翻訳を利用した場合に、理解したという認識が低い傾向がみられた。しかし、患者言語が英語であった場合は、英語以外の場合のような有意な関連が見られなかった。

質問紙中の会話理解について、なぜそのように認識したかを聞いた自由記述欄では、医師との直接会話の場合、「自分は日本語がわかるから」というコメントのほか、「先生はやさしい日本語で話してくれていた」「医師が理解しやすい単語を使って、説明してくれた」「聞き取れないところは言い方を変えてくれたり、漢字を書いたり、英語を使ったりしてくれた」などのコメントが複数あった。これらの点から、日本語で直接会話する場合、医師側の丁寧なコミュニケーションを通して会話理解の認識を高めることができるというメリットを得られるのではないかと考えた。

また、英語で直接会話をした場合、「医師の英語が流暢だった」というコメントがあったほか、日本語での直接会話でも「日本語と英語で話した」というコメントが見られた。患者が英語話者の場合、医師の英語力が患者の会話理解の一助となることも考えられる。これは通訳利用において、患者言語が英語であった場合、有意な関連が見られなかったという点からも同様の傾向が示唆された。

一方で、患者言語が英語以外で通訳を利用した場合、「友人のスペイン語レベルがあまり高くなかった」というコメントにみられるように、通訳者の言語力が患者の会話理解に影響する可能性が推察された。また、家族による通訳では、「夫が日本語を話せる」などというコメントもあり、家族が医師と直接会話し、患者本人にその場で逐次通訳していないのではないかと推察される状況もあった。

永田ら(2010)による在日ブラジル人を対象にした先行研究では、家族や友人などによるわか通訳において、不正確な通訳によりコミュニケーションが正確に行われていない危険性があることが指摘されている。また、井上ら(2006)は、「日本語によるコミュニケーションが困難な外国人妊産婦の周産期医療上の問題点」の一つとして、家族や友人が通訳した場合、「医学専門用語が通訳し難いなどの点」を挙げ、「特に医学上の問題が起こった場合には専門的医療通訳が望まれる」という。これらの背景から、本研究において患者言語が英語以外の通訳利用の場合、会話理解の認識が低い傾向が見られたのではないかと考えた。

続いて機械翻訳の利用については、9名と数が少ないことに加え、いくつかの複層的な状況が考えられた。会話言語は、医師はいずれも日本語で、患者は英語5名、中国語4名、このうち中国語の2名は日常言語に中国語のみを選択していた。すなわち患者が日本語や英語を日常的に使用しており、翻訳機を医師との会話の補助として利用したと推測される状況と、英語や日本語を日常的に使用しておらず、翻訳機を介して医師と会話したのではないかと推測される状況があった。また、病院が用意した翻訳機を使用した状況と、患者が翻訳ツールを用意した状況も見られたが、使用したデバイスの詳細は不明であった。

医師と日本語で直接会話し、機械翻訳を補助的に利用した場合において、「時々、変なミャンマー語が出たが80%ぐらいわかった」というコメントがあったものの、理解できなかった理由を明示したコメントはなく、機械翻訳を利用した場合の、会話理解の認識の低さが、翻訳機の問題によるものか、その他にも要因があるかを推察することが困難であった。

先行研究では、中澤ら(2022)が検討した外国人妊婦旅行者の症例について、序文に記載したように、翻訳アプリケーションツールでは専門性の高い医学的説明の翻訳が難しいことが指摘されている。また、濱野ら(2022)は、「英語を母国語としない外国人 COVID-19 患者の看護支援」において「対象患者に対して当初から言語変換器を利用した。これは簡単な会話など多くの場面で役立った。しかし、医療に関する用語はきちんと伝わっていない感触があった」と述べている。

さらに戸田ら(2021)が、院内で使用されているタブレットの機械通訳ログから医療通訳の会話内容を抽出して分析した研究では、「1 会話ごとにつき日本語から他言語への翻訳回数が見られたこと、また複数の言語に翻訳を試みたログが確認されることから、機械通訳を介して他言語に翻訳した内容を相手が理解していなかったと考えられる」という状況であった。

濱野ら(2022)と戸田(2021)らの研究は、前者は看護の場面での会話であり、後者は診療の場面に限らないが、いずれも機械翻訳を利用した会話理解に一定の限界があることを示しており、これは本研究の結果と矛盾しない。

4.3 医療通訳ニーズの関連因子

続いて、医療通訳ニーズとの関連因子を抽出した結果、質問紙の回答言語と病気認知の病気への理解が抽出された。すなわち、英語および中国語回答者は日本語回答者に対し、医療通訳ニーズを認識する傾向がみられた。また、病気への理解の点数が高い、つまり病気への理解の程度が低い者も、医療通訳ニーズを認識する傾向がみられた。

なぜ、英語および中国語回答者が医療通訳ニーズを認識する傾向があるかについて、回答者の背景因子を考察した。表 6 で示した出身国エリアにおいて、英語回答者はアジア出身者が最も多く、英語を母語としていない者が多いと考えられる。

また受診時の会話形式と言語は、英語回答者の場合、日本語または英語での直接会話がそれぞれ 40.9%と 38.6%を占めた。中国語回答者は日本語での直接会話が 61.5%であった (表 7)。いずれも母語での会話でなく、さらに日本語回答者より日本語の運用に制限があると考えられる。一方、日本語回答者は、日本語の読み書きができ、日本語以外の回答者よりも日本語能力が高い可能性が考えられる。そのような背景が、英語回答者と中国語回答者の医療通訳ニーズに有意に関連したと推測した。

増井ら (2021) は、院内の外国人救急診療において、研究対象となった「中国語圏患者の 15%が英語を使用していた」と述べ、「第 2 言語を用いた診療は、必要十分なコミュニケーションがとれていない可能性もある。患者の第 1 言語での診療が理想的であり、使用頻度の高い中国語通訳を準備することで、第 2 言語によるミスコミュニケーションを防げる可能性がある」と指摘する。

本研究は一般外来が 80%を占め、上述の先行研究と状況は異なるが、非母語での診療時の会話に困難があることは、60%の対象者が日本語で日常会話をしているにも関わらず、80%の対象者が医療通訳者を利用したいと回答していることから推察できる。

在留資格の専門技術 (専門・技術的分野) 31 名がすべてニーズ有を選択した結果も、上記の言語障壁に関連していると考えられる。日常使用言語において、専門技術は日本語 17 名 (53.1%)、英語 (日常で日本語の使用なし) 13 名 (40.6%) であった。これに対し留学は 80%が日常的に日本語を使用しており、医療通訳ニーズにおいてもニーズ無 22 名のうち半数を超える 13 名 (59.1%) が留学であった。この点から、高度人材を主な対象とした専門技術の在留資格者は、日常生活で日本語使用がない、あるいは少なく、診療の場面でより医療通訳を必要とする可能性がある。

さらに会話理解と診療に関する各自記述欄では、「専門用語を理解しやすいように説明して欲しい」「専門用語は日本語ネイティブでも難しいだろう」「専門用語がわからない」など専門用語に関するコメントが多数寄せられた。別府ら (2020) が「救急搬送され緊急入院となった外国人患者が抱える困難」の一つとして「日本語はわかっても専門用語はわからない」という声を取り上げたように、医療現場での会話の特徴として、日常会話では使用されない専門用語が用いられることが挙げられ、日本語を母語としない者にとって、会話の難易度はさらに上がると考えられる。

これは病気への理解の低さが医療通訳ニーズに有意に関連していたという結果にもつながる。自由記述欄には「日本では重い病気にかかったことがなく、自分の日本語能力で医者とのコミュニケーションの問題にあったことがないが、ガンなどの重い診断があった場合は通訳してもらいたいと思うかもしれない」というコメントもあった。用語の難解さや病気の状況などにより、病気の理解が不十分な人は自分の病状を理解するために医療通訳を利用したいと思っていると推測できる。

なお、病気への理解が有意に関連していた一方で、会話理解の有無との関連は見られなかった。すなわち会話理解がないことと、医療通訳ニーズがあることに関連はなく、受診時の会話理解有 101 名 (66.9%)、理解無 50 名 (33.1%) に対し、医療通訳ニーズ有 126 (83.4%)、ニーズ無 22 名 (14.6%) という結果であった (表 2)。このことから、会話理解有の状況でも医療通訳にはニーズがあると考えた。

本研究では、ベトナム語回答者は数が少なく、有意な関連は見られなかったが、さらに人数を増やして調査を行うことで、英語や中国語の回答者と同様の傾向がみられる可能性があるのではないかと考える。

4.4 本研究の限界と意義

本研究の対象者は日本語を理解し、直接、医師と会話した者が多く、通訳や機械翻訳を介した場合について詳細な分析ができなかった。これに関連し、通訳や機械翻訳を介した場合、受診時の会話理解が低い傾向が見られた理由が、通訳者の質や機械翻訳の操作法によるものなのかについて明らかにすることができなかった。さらに、通訳は主に家族や友人・知人によるものであり、医療通訳不要の回答者も少なかったため、医療通訳については対象を広げ、さらなる研究を行う必要がある。また、機械翻訳についても同様の限界と課題がある。

受診時の病名は自由記述で聞いたが、記載された病名はインフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、花粉症、皮膚炎、肺結核、総合失調症、火傷、交通事故など多岐にわたり、「病名はわからない」という回答も多かった。このため、病名による分析ができなかった。しかし、病気の種類や状況によって会話理解や医療通訳ニーズは異なることが考えられ、この点についても対象を広げたさらなる研究が必要である。

また、過去の受診についての回答が多く、過去の経験に対する認知バイアスを排除できなかった。

さらに、患者満足度調査に関しては、満足度を得る要因は様々であり、医師と直接対話できたことで得られた満足感は、内容を正確に理解できたことに起因するとは限らない。病気認知については言葉以外に患者の知識量にも左右されるため、患者の理解度が言語力を反映しているとも言えない。病気認知と患者の知識量についてのさらなる研究が必要である。

以上の限界はあるが、これまで国内では行われていない会話理解と医療通訳ニーズに関する研究であることと、近年、日本の国際化に伴う医療コミュニケーションの変容が指摘されていることから（齋藤 et al., 2019）、今後の外国人診療における医療通訳の研究に貢献しうるのはのではないかと考えた。

5. 結語

本研究では、受診時に医師と直接会話をしたほうが、主に家族や友人・知人による通訳を介するより理解したという実感をえられる傾向がみられた。また、中国語回答者と英語回答者および病気への理解の低さが、医療通訳ニーズに関連する傾向が見られた。さらに、受診時の会話を理解したと認識しても、医療通訳にはニーズがあることが明らかになった。

謝辞

本研究では、質問紙の配布にあたり、東京都内の日本語ボランティア教室、国際交流機関、日本語学校などのご協力をいただいた。また、東京日本語ボランティア・ネットワークには、本研究に関しお力添えをいただいた。研究テーマにご賛同いただき、ご協力いただいた各団体ならびに研究参加者の皆さまに、心より御礼申し上げます。

研究資金

なし

利益相反自己申告

なし

引用文献

出入国在留管理庁 (2022a). 令和 3 年末現在における在留外国人数について.

https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00001.html (2022 年 11 月 10 日アクセス)

出入国在留管理庁 (2022b). 令和 3 年度在留外国人に対する基礎調査報告書

<https://www.moj.go.jp/isa/content/001377400.pdf> (2022 年 11 月 10 日アクセス)

出入国在留管理庁 (2022c). 在留外国人統計 2021 年末 第 1 表 国籍・地域別在留資格 (在留目的) 別在留外国人

https://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei_ichiran_touroku.html

(2022 年 11 月 10 日アクセス)

日本政府観光局 (2020). 訪日外客数 (2019 年 12 月および年間推計値) .

https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/data_info_listing/pdf/200117_monthly.pdf

(2022 年 11 月 10 日アクセス)

厚生労働省 (2022). 令和 3 年度医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000956428.pdf> (2022 年 11 月 10 日アクセス)

山田秀臣 (2017). 2016 年度厚生労働行政推進調査事業補助金地域医療基盤開発推進研究事業「医療通訳の認証のあり方に関する研究」分担研究報告書 日本における外国人診療の現状に関する調査研究.

<http://kokusairinshouigaku.jp/publicity/files/201620052A0004.pdf> (2022 年 11 月 10 日アクセス)

日本医師会外国人医療対策委員会(2022). 令和2年・3年度外国人医療対策委員会報告書.

https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20220406_51.pdf (2022年11月10日アクセス)

尾世川正明, 森尾比呂志, 野本和宏, 西澤正彦, 貞広智仁(2002). 入院を必要とした外国人旅行者の救急疾患に対する医療の現状と問題点. 日本救急医学会雑誌, 13, 703-710.

巽夕起, 佐々木晶世, 叶谷由佳(2016). 日本に滞在する外国人への救急医療体制の現状と課題.

—外国人への救急医療に関する先行研究のレビューから—. 日本健康医学会雑誌, 25(2), 91-97

増井伸高, 松田知倫, 神野敦, 佐藤洋祐, 丸藤哲(2021).

外国人救急患者診療に必要な通訳準備と疾病対策に関する調査. 日本救急医学会雑誌, 32(1), 8-13.

別府佳代子, 木内恵, 萬弘子, 小山内泰代(2020). 救急搬送され緊急入院となった外国人患者が抱える困難.

日本渡航医学会誌, 14(1), 6-11.

中澤毅, 大畑尚子, 石塚貴紀, 高田萌々, 小松泰生, 直海玲, 石川裕子, ... 源川隆一(2020).

当院を受診した外国人妊婦旅行者症例の検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 56(1), 96-100.

橋本秀実, 伊藤薫, 山路由実了, 佐々木由香, 村嶋正幸, 柳澤理子(2011). 在日外国人女性の日本での

妊娠・出産・育児の困難とそれを乗り越える方略. 国際保健医療, 26(4), 281-293

永田文子, 濱井妙子, 菅田勝也(2010). 在日ブラジル人が医療サービスを利用するときのにわか通訳者に

関する課題. 国際保健医療, 25(3), 161-169.

濱井妙子, 永田文子, 西川浩昭(2017). 全国自治体病院対象の医療通訳者ニーズ調査.

日本公衆衛生雑誌, 64(11): 672-683.

総務庁統計局(2021). 令和2年国勢調査 人口等基本集計結果

https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/outline_01.pdf (2022年11月10日アクセス)

東京都(2022a). 外国人人口令和4年第1表区市町村別国籍・地域別外国人人口

<https://www.toukei.metro.tokyo.lg.jp/gaikoku/2022/ga22ef0100.pdf> (2022年11月10日アクセス)

東京都(2022b). 住民基本台帳による東京都の世帯と人口 令和4年1月

第7表区市町村、年齢(5歳階級)、日本人、外国人及び男女別人口

<https://www.toukei.metro.tokyo.lg.jp/juukiy/2022/jy22q10701.htm> (2022年11月10日アクセス)

井上千尋, 松井三明, 李節子, 中村安秀, 箕浦茂樹, 牛島廣治(2006).

日本語によるコミュニケーションが困難な外国人妊産婦の周産期医療上の問題点と支援に関する研究

—医療機関における12年間の分娩事例の分析より—. 国際保健医療, 21(1), 25-32.

濱野里紗, 永尾恵, 松野多希子, 久保江律子, 渡邊恵代, 松田純, 花島まり, 三谷伸之, 久我貴之(2022).

英語を母国語としない外国人 COVID-19 患者の看護支援の困難性と対策.

日本農村医学会雑誌, 70(5), 535-542.

戸田はるか, 野口さとみ, 保科ゆい子, 山川朋美, 西條修, 則末泰博(2021). 機械通訳ログから抽出した

当院における医療通訳の会話内容について. 国際臨床医学会雑誌, 4(1): 34-37.

齋藤寧々, 清水周次, 長谷川学, 萩原明人(2019). 我が国の国際化に伴う医療コミュニケーションの変容.

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌, 10(1), 4-8.

Oca, S., Navas, A., Leiman, E., & Buckland, D. (2021).

Effect of language interpretation modality on throughput and mortality

for critical care patients: A retrospective observational study.

Journal of the American College of Emergency Physicians Open, 2, doi:10.1002/emp2.12477.

Takemura, Y., Liu, J., Atsumi, R., & Tsuda, T. (2006).

Development of a questionnaire to evaluate patient satisfaction with medical encounters.

The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 210, 373-381.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick Deanna(2002).

The Revised Illness Perception Questionnaire(IPQ-R). Psychology and Health, 17(1), 1-16

Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006).

The brief illness perception questionnaire. Journal of Psychosomatic Research, 60, 631 - 637

***責任著者 Corresponding author : 大野直子 (e-mail na-ono@juntendo.ac.jp)**

投稿日: 2022年11月16日 受理日: 2023年4月13日

原著論文

コロナ禍における若者の医療・健康情報入手の実態と 入手に対する不満の要因

——自己効力感と e ヘルスリテラシーの観点から——

How did young people obtain medical and health information during the COVID-19 pandemic, and what factors caused dissatisfaction with obtaining information? The self-efficacy and e-health literacy perspective.

金城光¹⁾、須賀茜¹⁾
Hikari Kinjo¹⁾, Akane Suga¹⁾

1) 明治学院大学 心理学部

1) Faculty of Psychology, Meiji Gakuin University

Abstract

This study aimed to explore how young people accessed medical and health information during the COVID-19 pandemic, and investigate factors that were associated with dissatisfaction when obtaining such information. An online survey was conducted among 642 undergraduate and graduate students living in Tokyo during the Tokyo Olympic Games in 2021. Results showed the participants accessed information mainly through TV and web sites. They recognized the importance of obtaining information, including about vaccination for COVID-19. They were dissatisfied when there was too much information because this made it harder to find reliable information. Structural Equation Modeling was conducted to examine the relationship between the factors associated with obtaining information and dissatisfaction. Perceiving that information was important influenced the degree to which information on COVID-19 was acquired, through desire to seek the information. We also found that general self-efficacy influenced the degree of both desire and information acquisition. Surprisingly, e-health literacy was not related to the degree of information acquisition, which may reflect the difficulty in obtaining useful information about COVID-19. Several factors were related to the degree of dissatisfaction with obtaining medical and health information, suggesting improving e-health literacy and instructing how to access appropriate medical and health information could reduce their dissatisfaction.

要旨

本研究はコロナ禍における若者の医療・健康情報入手に関する実態、および入手に対する不満とその関連要因を検討するため、東京オリンピック開催時に都内在住の大学生、大学院生 642 名を対象にオンラインで行われた。医療・健康情報は主に TV や情報サイトから入手しており、情報の重要度の認識はワクチン接種を筆頭に総じて高かったが、情報量の多さや信頼性等に対する不満を強く感じていた。情報入手の関連要因および不満との関係を調べるため共分散構造分析を行った結果、情報の重要度の認知が情報希求度を介して情報入手の程度に影響し、自己効力感は健康情報希求度と情報入手の程度に影響した。つまり、COVID-19 関連の情報入手の程度を高めるには、情報の重要度の認知だけではなく、情報希求欲求や自己効力感の向上が重要である。また、e ヘルスリテラシーは情報希求欲求によって高まるが COVID-19 の情報入手の程度とは関連せず、これは COVID-19 の情報入手の難しさを示しているかもしれない。さらに、医療・健康情報入手に対する不満度は複数の要因で説明され、不満解消のためには e ヘルスリテラシー向上や適切な情報へのアクセス方法の周知などの介入方法が検討できる。

キーワード：新型コロナウイルス感染症、ヘルスリテラシー、e ヘルスリテラシー、自己効力感、メディア コミュニケーション

Keywords: COVID-19, Health Literacy, eHealth Literacy, Self-efficacy, Media Communication

I. 序文

1. 新型コロナウイルス感染症の現状と本研究調査時の感染状況

本論文執筆現在 (2022 年 12 月)、2020 年から世界中に広まった新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) は、ウイルスの変異と感染者の増減を繰り返しており、未だに医療、経済、社会を混乱させ続けている。厚生労働省専門家組織によれば、第 8 波の拡大懸念から「年末年始の接触機会増加で注意必要」と注意喚起を行っている。このような状況の中、若者は総じて感染しても無症状や軽症で治る傾向があり、かつ、行動範囲が広いと、感染拡大懸念から彼らの行動がしばしば問題視されてきた。たとえば、政府や自治体から若者に向けた自主的な行動制限のための注意喚起メッセージが発信されている (NHK, 2022)。しかしながら、そもそも若者がコロナを含めた健康や医療について、予防的行動を起こすために正しい情報を十分に取得し、理解できているのかについて十分な調査が行われてきたとは言えない。

このような問題意識をふまえ、筆者らは東京都で第 4 回緊急事態宣言が発出されていた 2021 年 7 月末に都内在住の大学生、大学院生を対象にオンライン調査を行った。2021 年は 4 月～6 月にかけての第 4 波 (第 3 回東京都緊急事態宣言発出)、7 月～10 月にかけての第 5 波 (第 4 回東京都緊急事態宣言発出)、12 月～2022 年初頭にかけての第 6 波 (蔓延防止等重点措置発出) に次々に見舞われた年であった。2021 年 7 月感染状況がステージ IV となっていた東京都は、対策として第 4 回目の緊急事態宣言を発表し、「新型コロナウイルス感染拡大防止のための緊急事態措置 (2021 年 7 月 12 日～8 月 31 日)」を実施した。急速な感染拡大の背景には、従来株からより感染力の強い B. 1. 617. 2 系統の変異株 (デルタ株) に置き換わりが進んでいたこと (内閣官房, 2021) に加え、度重なる緊急事態宣言やオリンピックによる祭典のムードが広がり、外出や移動の抑制や施設使用の制限に関する政府や自治体からの要請への協力が得にくくなっていた。2021 年 4 月以降 7 月に至るまでの東京都の新規陽性者数の推移を年代別にみると、すべての年代の中で 20 代若者の比率が 30%前後と最も高くなっており、さらに若者の重症化増加も報告され始めていた (東京都福祉保健局, 2021)。このような背景から、一般市民、とりわけ若者に対して、都知事を始めとした自治体などが感染拡大防止のための自粛行動を強く要請していた (TOKYO MX, 2021)。

2. ヘルスリテラシーと e ヘルスリテラシー

コロナ禍において医療がひっ迫すると、まずは自助によって自身や家族の健康を守ることが前提となった。健康を守るためには的確なタイミングで正しい医療・健康情報を入手しなければならないが、そのためにはいくつものハードルがあり、ヘルスリテラシーが重要となる。US Department of Health and Human Services (2000) の「Healthy People 2010」によれば、ヘルスリテラシーとは健康に関する段階的な情報処理能力を指し、「基本的な健康に関わる情報やサービスを入手・解釈・理解できる能力、また、健康を向上させるためにそのような情報やサービスを利用できる能力」と定義されている (Bodie & Dutta, 2008)。その後ヘルスリテラシーに関連する研究は飛躍的に増加したが、実はその概念や定義は研究により異なっており、Sørensen et al. (2012) はメタ分析をふまえて包括的に用語を定義した。この定義では上記の「Healthy people 2010」の 4 つの能力が適用される次の 3 種類の文脈が加わっている (Sørensen et al., 2012, Table 4)。①ヘルスケア: 医療や臨床、②病気の予防、③生涯にわたる生活の質の維持・向上のための健康促進、である。また、近年ではヘルスリテラシーを個人レベルの問題を超えて、社会システムとの関連から検討するべきであるという主張もある (Sørensen et al., 2012)。

Sørensen et al. (2012) では、ヘルスリテラシーの高さと、主観的健康状態の向上、ヘルスケア費用の低減、入院期間の短縮、ヘルスケアサービス利用率の抑制とに関連があることが報告されている。また、ヘルスリテラシーは健康やヘルスケアの概念的知識から影響を受け、より高い自己効力や新たな知識獲得に影響を与え、結果的に健康状態の向上につながることでモデル化されている (Baker, 2006)。つまり、高いヘルスリテラシーは個人にとっても、社会にとってもプラスの影響をもたらす。日本でも、2019 年に日本ヘルスリテラシー学会が設立され、2022 年には新たに学会誌も創刊された (木内他, 2022)。

特に ICT を利用したヘルスリテラシーは e ヘルスリテラシーとよばれる。Norman & Skinner (2006) は e ヘルスリテラシーを「電子メディアを利用して、健康情報を探索・発見・理解・評価する能力、及び、入手した知識を健康問題に取り組んだり解決したりするために応用できる能力」と定義した (Norman & Skinner, 2006)。つまり、e ヘルスリテラシーは、これまで考えられていたヘルスリテラシーに必要とされる五つの情報処理能力、すなわち情報の「探索」「発見」「理解」「評価」「応用」に加えて、電子メディアから情報を入手するために必要とされる情報リテラシーを含むより多くの知識と情報探索を伴う、より主体的な行動が要求される。eHealth Literacy Scale (eHEALS) はその能力の主観的評価を測るもので、Norman & Skinner (2006) によりカナダ人の児童期と学童期の子供を対象に開発された。光武他 (2011) によって日本語版が作成され、20 歳以上の成人でオリジナルと同じ 1 因子構造が確認され、金城他 (2017) によっても信頼性妥当性が検証されている。Sheng & Shimpson (2013) は、健康情報への希求 (Health

Information Orientation: HIO)、インターネットの知識 (Internet Knowledge: IK)、および eヘルスリテラシーの 3 つの変数を説明変数、健康行動を基準変数としたモデルを検証した。HIO は個人が健康情報を探そうと思う程度と定義され、健康情報を探す動機と考えられる。IK はインターネットにおいて必要な情報を集めるために必要な知識や、慣れのことであり、eヘルスリテラシーは電子機器からの情報を探し、理解して得た知識を健康の問題を解決する為に適応する能力である。この場合の健康行動は、健康情報を得るためにインターネットを利用する傾向(ネット利用傾向)であった。結果、三つの変数すべてが健康行動としてのネット利用傾向に影響を与えていた。すなわち、健康意図としての情報希求の程度は eヘルスリテラシーを介して健康情報探索のためのネット利用に間接的に影響する場合と、ネット利用に直接影響がある可能性を示した。

令和 2 年版情報通信白書によれば、現在日本における 20 代若者のインターネット利用率は 99%を超えており、ネットや Social Networking Service (以下 SNS とする)で様々な情報に手軽にアクセスできる。しかし、COVID-19 という未知の感染症についての情報は膨大であり、かつ日々変化している。感染予防行動、治療の選択肢、国や自治体から提供される主要な統計データ、ウイルス変異による感染力の変化、ワクチン接種の情報など、一般市民はこれまでに遭遇したことのない新たな種類の大量の情報に晒されている。特に、ネットや SNS の利用は、正しい情報のほかに誤った情報もアクセスできるため、素早くて確かな判断がかえって難しくなっている(松村, 2020)。このようにネットや SNS、時には従来のマスメディア上で、正しい情報と誤った情報(misinformation)とが混在して大量に急速に拡散する厄災は infodemic と呼ばれ、World Health Organization (以下 WHO とする)など公的機関が警鐘を鳴らし拡散防止に動いている(Zarocostas, 2020)。

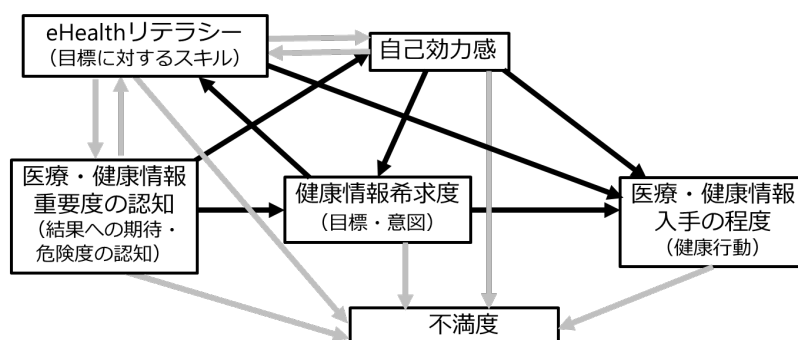
本研究では、Sheng & Shimpson (2013)で認められた eヘルスリテラシーの健康行動への影響を他の要因とともに調査した。

3. 健康行動と自己効力感との関係

バンデューラの社会学習理論 (Social Learning Theory) は動機、結果期待、自己効力期待の概念を用いて人間の行動を説明し、予測することを目指した。Figure 1 は、健康行動と自己効力感のモデル (バンデューラ, 1997)、および、eヘルスリテラシーと健康行動に関するモデル (Sheng & Shimpson, 2013) に基づいた本研究の仮説モデルである。この図より、自己効力感は健康行動の目標や意図を介して間接的に、また直接的に健康行動につながる。実際に、自己効力感は健康行動の変容や健康行動維持の予測因子として注目されており、ある行動を継続するための努力や時間資源の投入の程度への影響や、不安や嫌悪などの感情反応や思考パターンにも影響することが指摘されている (Strecher et al., 1986)。自己効力感は主観的な信念で、特定の状況下における信念であり、性格特性や文脈の影響を超えた一般的な特性ではないという考え方 (Strecher et al., 1986)がある一方、一般的な自己効力感の尺度得点が個別領域の自己効力感との相関を示す研究もある (Mito & Kinjo, 2022)。本研究は、後者の立場から一般自己効力感を測定し、自己効力感と医療・健康情報入手の程度との関連について調査する。なお、eヘルスリテラシーに関しては、Sheng & Shimpson (2013)に基づいて健康行動への影響の関係を予想した。

Figure 1

健康行動と自己効力感のモデル (バンデューラ, 1997)、および eヘルスリテラシーと健康行動に関するモデル (Sheng & Shimpson, 2013) に基づいた本研究の仮説モデル



注) 先行研究から予想される変数の関係 (黒線) と本研究で追加された変数について予想される関係 (灰色線)。各ラベル () 内が、先行研究モデルに使用された名称。

4. コロナ禍における若者の医療・健康情報の入手に関する先行研究

コロナ禍における若者の感染防止行動、ヘルスリテラシー、健康・医療情報への希求行動、若者の医療・健康情報の入手実態についての研究はまだ多くはない。しかしながら、以下に示すように、実施された数少ない研究からは、若者の医療・健康情報に関連する色々な実態や問題点が浮かびあがってくる。

日本では、西原他 (2020) が 2020 年 4 月 16 日～25 日に医療系学生を約 74%含む大学生・大学院生を対象に新型コロナウイルスの感染に関する知識や行動変容についてインターネット調査を行った。その結果、調査時 4 月と 3 か月前の 1 月を比べると発症時の対応や感染予防行動の実施が増加しており、危機意識が向上した。西原らはバンデューラの社会的学習理における自己効力感モデルをふまえて、結果を次のように考察している。新型コロナウイルスは未知のウイルスであるため、1 月時点では行動変容を起こすための自己効力感が十分でなかったが、自力の情報収集や大学での特別講義の情報を活用し、学生たちは徐々に自己効力感を高めていった。その一方で、社会的学習が依然あいまいな状況下では、外出制限のような集団的な措置が行動変容のための自己効力感を補完した可能性がある。渡部 (2021) は、2020 年 10 月に大学生 141 名を対象に、健康意識と生活習慣に対するコロナ禍でのステイホームによる影響についてインターネット調査を行った。感染拡大前と比べ大学生は食生活を見直し、運動を継続するよう心がけていたものの、不健康になったと感じている学生が多かった。学生が知りたい情報はニーズの高い順に、健康全般、新型コロナウイルス、食事、ストレスと続いた。また、不安を持っている対象にも、新型コロナウイルスが上位に入った。さらに、学生が必要としている支援は、経済的な支援と健康に関する情報支援が同程度で高かった。

国外では、Dadaczynski et al. (2021) がドイツ全土の大学生約 1 万 5 千人を対象とした調査を行った。調査では、Digital Health Literacy Instrument (DHLI 質問紙) (van der Vaart & Drossaert, 2017) の 7 つの下位尺度のうち 5 つの下位尺度をコロナ禍の文脈に当てはめた。結果、約 3 割の学生が健康関連の正しい情報を見つけることに困難を感じ、約 4 割の学生がウェブ上の情報の信頼度の評価に困難を感じていることがわかった。さらにこの調査では情報探索や評価について、男子学生よりも女子学生がより困難を感じているという性差が報告された。

5. 本研究の目的

本研究では、情報の入手の程度を健康行動と位置づけ、コロナ禍中の若者の医療・健康情報の入手に関する実態を明らかにする。さらに情報入手に対する不満と医療・健康情報の入手に関する要因との関連を健康行動に関する自己効力感モデル (Bandura, 1995) と医療情報入手に関する e ヘルスリテラシーモデル (Sheng & Shimpson, 2013) の観点から検討し、課題を明らかにする。対象者は大学生・大学院生とし、以下 2 点を具体的な目的とする。

- 1) 医療・健康情報の入手実態を探るため、①基本属性、②利用メディア、③医療・健康情報の重要度の認知、④コロナに関連する医療・健康情報の入手の程度、⑤医療・健康情報入手に対する不満内容、を調べる。
- 2) 上記 1) で使用された③④⑤の変数に加え、関連要因として測定した変数⑥e ヘルスリテラシーの程度、⑦健康情報希求度、⑧自己効力感の程度、以上 6 つの変数について、コロナに関連する医療・健康情報の入手程度という健康行動がどの変数で説明されるのかを共分散構造分析を用いて明らかにする。分析では、バンデューラの健康行動と自己効力感のモデルと情報希求度と Sheng & Shimpson (2013) の e ヘルスリテラシーと健康行動に関するモデルを参考にした。この分析によって、若者の医療・健康情報入手に対する不満の構造的な要因を明らかにする。

II. 方法

1. 調査対象者および調査手続き

アンケート調査を 2021 年 7 月 28～30 日にインターネット上で実施した。調査会社 (株式会社マクロミル) 登録モニターから都内在住の大学生、大学院生を対象に参加を呼びかけ、調査の趣旨を理解し参加に同意した 659 名から回答を得た。回答に不備のあった 17 名のデータを除いた 642 名を分析対象とする。感染状況は地域差が大きいため、本研究では若者を都内在住の大学生・大学院生に限定した。

2. 倫理的配慮

本研究は明治学院大学心理学部倫理審査委員会での承認を経て実施した (承認番号 20210007)。倫理的配慮として、調査の趣旨、調査への参加は自由意思に基づき任意であること、結果は統計的に処理され個人は特定されないこと、データは研究目的以外には利用しないことをオンライン調査のトップページに記し、同意が得られた場合にのみ質問への回答に進む手続きとした。

3. 調査項目

1) 基本属性と日常生活に関する項目

医療・健康情報入手の程度に関連する要因として、年齢、性別、所属、教育年数を基本属性として尋ねた。また、現在の生活や健康状態について、日常生活の満足度評価、主観的健康評価、記憶力の評価、既往歴、服用中の薬の種類数を尋ねた。評価の 3 つの質問は、5 件法「非常に悪い (1)」から「非常に良い (5)」で回答を依頼した。既往歴は、「これまでに命にかかわるような大きな病気や大きな怪我をされたことがありますか。」に対し、4 件法「ない (0)」 「どちらかといえばない (1)」 「どちらかといえばある (2)」 「ある (3)」 で尋ねた (Table 1)。

2) 医療・健康情報の入手メディア

日常の医療・健康情報を採る際に利用しているメディアについて複数回答を求めた。先行研究 (光武他, 2011; 金城他, 2017) の医療・健康情報への情報源を参考にして、入手メディアは 12 種類の選択肢 (TV、ラジオ、新聞、書籍・雑誌、チラシ・パンフレット、ポスター、インターネット、医者や専門家、友人や家族、その他 (自由記述)) とした。また、最近の SNS の利用率は先行研究に比べ格段に増えている (総務省, 2020) ため、上記の最後 3 つの質問項目を次の 5 つに細分化した (インターネット (情報サイト)、会話 (友人・家族)、会話 (医者・専門家)、SNS (友人・家族)、SNS (医者・専門家)) (Table 2)。

3) 医療・健康情報の重要度の認知

健康行動の結果への期待や認知の程度を測定するため、金城他 (2017) を参考に、個人が必要としている医療・健康情報の 8 項目についての内容別重要度を 5 件法「重要でない (1)」、「あまり重要でない (2)」、「普通 (3)」、「重要である (4)」、「非常に重要である (5)」で尋ねた。さらに、コロナ禍での若者のワクチン接種に対する意識調査のため「ワクチン接種に関する情報」を追加した (Table 3)。

4) 医療・健康情報の入手の程度

ヘルスリテラシーに必要とされる情報の「探索」「発見」「理解」「評価」「応用」、これら 5 つの情報処理能力を念頭に、COVID-19 に関連した様々な医療・健康情報について、各能力についての主観評価を尋ねた。教示の冒頭で「コロナ禍において医療・健康情報の入手、探索、理解、判断、活用についてあなたのお考えをお聞かせください。COVID-19 に関連した (予防法・治療法・医療機関・相談窓口・感染状況など) 様々な医療・健康情報について、各質問であなただけの考えにもっともあてはまるものをそれぞれ一つずつ選んでください。」とし、「情報を十分に入手したい」「情報を十分に探せる」「情報を十分に理解できる」「情報を十分に判断できる」「情報を十分に活用できる」の 5 項目について「まったくあてはまらない (1)」から「非常によくあてはまる (5)」の 5 件法で尋ねた。

5) 医療・健康情報入手に対する不満

金城他 (2017) を参考に、医療・健康情報入手に対して不満に思うこと 7 項目について、不満の程度を「まったくそうは思わない (1)」から「かなりそう思う (5)」の 5 件法で回尋ねた (Table 3)。

6) eヘルスリテラシー

先行研究 (光武他, 2011; 金城他, 2017) を参考に、eヘルスリテラシー尺度 (Norman & Skinner, 2006) の日本語版を使用した。「私は、健康情報について判断する際に、インターネットからの情報を活用する自信がある。」「私は、インターネット上でどこに役立つ健康情報サイトがあるかを知っている。」など全 8 項目で構成され、各項目について「まったくそうは思わない (1)」から「かなりそう思う (5)」の 5 件法で尋ねた。

7) 健康情報希求態度

健康行動としての健康情報入手行動への意図を測るため、健康情報探索傾向を測定する HIO (以下健康情報希求度とする) 尺度の日本語版を使用した。「自分自身や家族の健康を保つことができるように健康問題について知る必要がある。」など全 9 項目あり、各項目について「まったくそうは思わない (1)」から「かなりそう思う (5)」の 5 件法で尋ねた。

8) 自己効力感

特定の状況に寄らない一般的な自己効力感の程度を測定するため、Schwarzer (1994) によって作成され多くの言語に翻訳されている自己効力感尺度を用いた (Ito, Schwarzer & Jerusalem, 2005)。「予期せぬ出来事に遭遇しても、

私は効率よく対処できる自信がある。」「物事に対処する自分自身の能力を信じているので、困難なことに立ち向かって冷静でいられる。」など自己効力感に関連する 10 項目で構成され、「まったくあてはまらない (1)」から「まったくその通り (4)」の 4 件法で尋ねた。

Table 1

調査対象者全体および性別ごとの基本属性、健康状態、日常の活動、および尺度得点の平均値と標準偏差

項目	全体	男性	女性	t検定
基本属性				
人数	642	315	327	
年齢	20.70 (±2.09)	20.88 (±2.26)	20.52 (±1.90)	$t(612.75) = 2.16 *$
教育年数	15.00 (±1.58)	15.09 (±1.71)	14.91 (±1.44)	
健康状態				
主観的健康評価	3.63(±0.93)	3.64(±0.91)	3.62(±0.97)	
既往歴	0.42(±0.82)	0.54(±0.91)	0.30(±0.70)	$t(590.95) = 3.79 ***$
通院歴	0.13(±0.34)	0.10(±0.29)	0.16(±0.37)	$t(618.37) = -2.54 *$
服用中の薬の種類数	0.49 (±1.20)	0.39 (±0.83)	0.59 (±1.46)	$t(520.39) = -2.14 *$
WHO-5精神的 健康状態	14.17(±5.56)	14.33(±5.65)	14.01(±5.47)	
日常の活動				
日常生活の満足度	3.54(±0.98)	3.57(±1.01)	3.51(±0.96)	
主観的記憶力評価	3.59(±0.96)	3.60(±0.98)	3.58(±0.94)	
医療・健康情報の重要度の認知得点	3.66 (±0.70)	3.64 (±0.85)	3.69 (±0.68)	
医療・健康情報入手の程度	3.32 (±0.85)	3.37 (±0.84)	3.28 (±0.86)	
不満度	3.36 (±0.75)	3.28 (±0.77)	3.44 (±0.73)	$t(640) = -2.78 **$
eヘルス得点	3.25 (±0.82)	3.30 (±0.83)	3.19 (±0.80)	
情報希求度	3.65 (±0.67)	3.59 (±0.70)	3.70 (±0.64)	$t(640) = -2.06 *$
自己効力感得点	2.57 (±0.58)	2.57 (±0.58)	2.58 (±0.58)	

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Table 2

医療・健康情報の入手メディアの割合 (複数回答可)

利用メディア	回答者数	割合(%)
TV	437	68.07
インターネット (情報サイト)	367	57.17
会話 (友人・家族)	262	40.81
SNS (友人・家族)	260	40.50
SNS (医者・専門家)	150	23.36
新聞	119	18.54
会話 (医者・専門家)	71	11.06
自治体の広報紙	67	10.44
ラジオ	60	9.35
書籍	53	8.26
なし	50	7.79
雑誌	38	5.92
ポスター	34	5.30
パンフレット	29	4.52
チラシ	27	4.21
その他	6	0.93

注) SNS は、Twitter、Instagram、Facebook などのソーシャルネットワークサービスを指す。

Table 3

調査対象者全体および性別ごとの健康・医療情報に対する重要度の認識と不満の内訳

尺度	項目	全体n=642	男性n=315	女性n=327	t検定
		平均値 (±SD)	平均値 (±SD)	平均値 (±SD)	
重要度	ワクチン接種に関する情報	3.98(±0.96)	3.90(±1.00)	4.05(±0.92)	$t(628.811) = -2.27^*$
	健康管理や病気予防のための情報	3.81(±0.87)	3.76(±0.90)	3.86(±0.84)	
	医療機関に関する情報	3.69(±0.87)	3.66(±0.87)	3.72(±0.88)	
	日常のストレス解消法やこころの健康などの情報	3.64(±1.00)	3.55(±1.04)	3.73(±0.95)	
	病気の治療法に関する情報	3.62(±0.89)	3.63(±0.91)	3.60(±0.87)	
	お住まいの自治体 (都道府県や地区町村) から提供される健康情報や医療情報	3.58(±0.97)	3.60(±0.97)	3.56(±0.98)	
	個別に医療相談や健康相談ができる窓口や機関の情報	3.32(±0.97)	3.35(±0.99)	3.30(±0.95)	
	運動やフィットネスの情報	3.29(±0.99)	3.31(±0.99)	3.28(±0.99)	
	ダイエットや栄養、サプリメントの情報	2.93(±1.13)	2.85(±1.09)	3.02(±1.16)	
不満	情報が多すぎる	3.48(±1.00)	3.36(±1.02)	3.58(±0.97)	$t(640) = -2.83^{**}$
	どの情報が信頼できるかわからない	3.41(±1.04)	3.33(±1.06)	3.49(±1.02)	
	情報の内容がわかりにくい	3.40(±0.93)	3.25(±0.95)	3.54(±0.90)	$t(640) = -3.90^{***}$
	必要な情報が乏しい	3.28(±0.98)	3.26(±0.98)	3.30(±0.98)	
	どこから情報を得たらよいかわからない	3.24(±1.04)	3.18(±1.05)	3.30(±1.04)	
	情報が遅い	2.92(±0.98)	2.93(±1.00)	2.91(±0.96)	
	情報収集に関心がない	2.75(±1.05)	2.75(±1.06)	2.75(±1.05)	

4. 分析方法

本研究で用いた 6 種類の調査項目のカテゴリ (医療・健康情報の重要度の認知、医療・健康情報入手の程度、入手に対する不満、eヘルスリテラシー、健康情報希求態度、自己効力感) については、最尤法、プロマックス回転による因子分析と内的整合性の検証を行った。性差検定のための平均値の群間比較は正規性を確認した上で t 検定を用いた。統計分析には統計ソフト SPSS ver. 27.0 を用いた。また、共分散構造分析には、AMOS Ver. 21.0 を用いた。

各尺度の得点化は以下に行った。

「医療・健康情報の重要度の認知」の 9 項目に対する因子分析の結果、「ダイエットや栄養、サプリメントの情報」「運動やフィットネスの情報」の 2 項目を除く 7 項目で 1 つの因子が確認され、信頼性係数クロンバックは $\alpha = .870$ であった。これら 7 項目 (合計得点幅 6-30 点) の平均値を医療・健康情報の重要度の認知得点とし、得点が高いほど情報の重要性の認知度が高いことを示す。

「医療・健康情報入手の程度」の 5 項目に対する因子分析の結果、1 つの因子が確認され、 $\alpha = .905$ であった。これら 5 項目 (合計得点幅 5-25 点) の平均値を医療・健康情報入手の程度とし、得点が高いほど情報入手程度は高いことを示す。

「医療・健康情報の入手に対する不満」の 7 項目に対する因子分析の結果、「情報が遅い」「情報収集に関心がない」の 2 項目を除く 5 項目で 1 つの因子が確認され、 $\alpha = .811$ であった。これら 5 項目 (合計得点幅 5-25 点) の平均値を不満度とし、得点が高いほど情報入手に対する不満レベルは高いことを示す。

「eヘルスリテラシー」は先行研究と同じく 8 項目すべてで 1 因子構造が確認され、 $\alpha = .930$ であった。合計得点 (得点幅 8-40 点) の平均値を eヘルス得点とし、得点が高いほど eヘルスリテラシーのレベルが高いことを示す。

「健康情報希求態度」も先行研究と同じく 9 項目すべてで構成される 1 因子構造が確認され、 $\alpha = .890$ であった。合計得点 (得点幅 9-45 点) の平均値を情報希求度とし、得点が高いほど希求度が高いことを示す。

「自己効力感」も先行研究通り 10 項目すべてで構成される 1 因子構造が確認され、 $\alpha = .911$ であった。合計得点 (得点幅 10-40 点) の平均値を自己効力感得点とし、得点が高いほど自己効力の評価が高いことを示す。

5. 分析モデル

本研究の目的の一つは、若者の医療・健康情報入手という健康行動がどの要因で説明されるのかを共分散構造分析を用いて明らかにすることである。Figure 1 に示すように、バンデューラの健康行動と自己効力感のモデル (バンデューラ, 1997) では、健康行動の結果への期待や認知が、自己効力感と目標や意図に影響し、結果的に健康行動に

つながる。本研究では、健康行動を医療・健康情報の入手の程度、健康行動の結果への期待や理解を医療・健康情報の重要度の認知、健康行動の目標や意図を健康情報希求度で測定する。バンデューラのモデルに従えば、情報の重要度の認知が健康情報希求度や自己効力感に影響し、結果的に医療・健康情報の入手の程度に影響することが予想される。また、Sheng & Shimpson (2013) のモデルでは、健康情報希求という目標や意図は、目標に対するスキルとしての eヘルスリテラシーに影響し、結果的に健康行動が向上する。このように、先のバンデューラのモデルを基盤にした本研究の健康行動に関するモデルに、eヘルスリテラシー得点を組み込むことによって、リテラシーの高さがどのように健康行動に影響しているのかを明らかにできる。さらに、金城他 (2017) で見られた医療・健康情報入手に対する不満度を上記のモデルに組み込むことによって、情報入手に不満を持つ若者の特徴が明らかにできる。

III. 結果

1. 医療・健康情報入手に関する基礎統計

コロナ禍における大学生らの医療・健康情報入手に関する実態として、調査対象者全体および性別ごとの基本属性、健康状態、日常の活動、および尺度得点の平均値と標準偏差を Table 1 に示す。健康状態では、既往歴の申告は男性が女性より高く、通院歴と服薬種類数は女性の方が高かった。尺度得点では、不満度と情報希求度が女性の方が高かった。入手メディアの集計結果を Table 2 に、調査対象者全体および性別ごとの情報の重要度の認知、入手に対する不満についての集計結果を Table 3 に示す。入手メディアでは、大学生らが利用する医療・健康情報の入手メディアは TV とインターネットが主であった。続いて、会話や SNS を通じた家族や友人から情報を得ていた。医療・健康情報の重要度の認知は総じて高かった。特に、ワクチン接種や健康管理・予防について重要だと認識していた。医療・健康情報入手に対する不満については、「情報が遅い」「情報収集に関心がない」以外のすべての項目で不満を感じており、特に「情報量が多すぎる」「どの情報が信頼できるかわからない」ことに対する不満が高かった。「情報量が多すぎる」および「情報の内容がわかりにくい」については、女性の方が男性よりも不満が高いことがわかった。

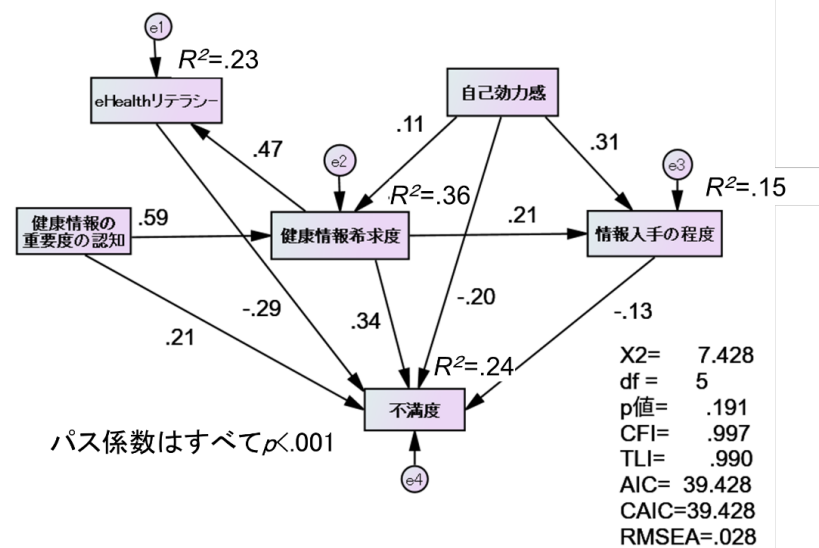
2. 入手に対する不満と医療・健康情報の入手に関する要因との関連

Figure2 に、本研究の仮説モデルより探索的に得られた共分散構造モデルを示す。パス係数の有意水準の低いものから削除していき、適合度の高いモデルを作成していった。最終的に得られたモデルの各適合度指標は高く、適合度の高いモデルといえる。パス係数はすべて 0.1%水準で有意である。

まず、バンデューラの健康モデルで予想された結果が一部を除き確認された。具体的には、情報の重要度の認知が健康情報希求度に影響し、結果的に COVID-19 に関する医療・健康情報の入手の程度に影響することが確認できた。さらに、自己効力感は健康情報希求と健康行動としての情報入手の程度にも影響している。しかしながら、モデルの予想に反して情報の重要度の認知は自己効力感には影響しなかった。Sheng & Shimpson (2013) の eヘルスリテラシーに関するモデルからの仮説については、予想通り健康情報希求という目標や意図は、目標に対するスキルとしての eヘルスリテラシーに影響することが確認された。しかしながら、eヘルスリテラシーの高さは情報入手の程度には直接影響しなかった。医療・健康情報入手に対する不満度については、健康情報の重要度の認知が高いほど、健康情報希求度が高いほど不満度が高く、eヘルスリテラシーが低いほど、自己効力感が低いほど、入手の程度が低いほど不満が高いことが確認された。

Figure2

本研究の仮説モデルをふまえた共分散構造モデル



IV. 考察

1. 医療・健康情報入手の実態

医療・健康情報を入手するメディアについての複数回答選択の結果から、大学生らが利用する医療・健康情報の入手メディアはTV (68%) とインターネットの情報サイト (57%) が主であった。令和4年版情報通信白書によれば、2021年には20代若者の96.5%がインターネットを利用しており、TVのリアルタイム視聴 (56.7%) やTVの録画視聴 (16.3%) の合計よりも利用率が高い。他方、同白書では、若者は目的に応じて利用メディアを使い分けていることも報告されている。彼らは、「いち早く世の中のできごとや動きを知る」、「趣味・娯楽に関する情報を得る」ために最も利用するメディアとしてインターネットをあげている。一方で、「世の中のできごとや動きについて信頼できる情報を得る」ために利用するメディアとしては、どの世代においてもTVの利用率が最も高かった。このことから、医療・健康情報を入手においては、インターネットよりも信頼できるTVで情報を得たいと思った若者が多かった可能性が考えられる。本研究では、TV、インターネットに続いて会話やSNSを通じた家族や友人から情報を得ていた。医者・専門家が発信するSNSや口コミよりも、友人や家族などの身近な人からの情報に頼っていたことがわかる。

医療・健康情報の重要度の認知は総じてどの質問項目でも高い。特に、ワクチン接種や健康管理・予防についての重要度の認識はもっとも高かった。感染拡大の原因となる無謀な行動が揶揄される若者は、実は医療・健康情報の重要度について少なくとも認識はしていることがわかる。

医療・健康情報入手に対する不満については、すべての質問項目で不満を感じており、特に「情報量が多すぎる」「どの情報が信頼できるかわからない」ことに対する不満が高かった。情報の洪水の中で適切な情報についての理解、評価や判断、利用により困難を感じていることがわかる。

2. 入手に対する不満と医療・健康情報の入手に関する要因との関連

若者の医療・健康情報入手という健康行動がどの要因で説明され、それらの要因が情報入手に対する不満とどのように関連するかを調べるため共分散構造分析を行った。今回参考にしたモデルは、健康行動と自己効力感のモデル (バンデューラ, 1997) とeヘルスリテラシーと健康行動に関するモデル (Sheng & Simpson, 2013) であった。最終的に得られた適合モデルでは、バンデューラの健康行動のモデルで予想された結果が概ね確認された。具体的には、医療・健康情報の重要度の認知が健康情報希求度に影響し、結果的にCOVID-19に関する医療・健康情報の入手の程度に影響した。さらに、自己効力感は健康情報希求と健康行動としての情報入手の程度にも影響を及ぼしている。しかしながら、情報の重要度の認知は自己効力感には影響しなかったため、この点はバンデューラのモデルとは異なる。理由としては以下2点が考えられる。第1に、重要性の認知が自己効力感に結びつくほどには十分に学習する機会がなかった可能性である。西原他 (2020) は、自力の情報収集に加えて大学での特別講義によって徐々に大学生・大学院生の自己効力感が高まったことを報告している。他方、今回の調査対象者では、新型コロナウイルスについて十分に知識を積み上げる学習の機会がなかったために両者が結びつかなかったのかもしれない。第2に、本研究では一般的な自己効力感の特性を測定しているため、両者の関連が認められなかった可能性がある。ヘルスリテラシーと自己

効力感の関連については、重要な研究テーマであるため今後に期待したい。

Sheng & Shimpson (2013) の eヘルスリテラシーに関するモデルからの仮説については、予想通り健康情報希求という目標や意図は、目標に対するスキルとしての eヘルスリテラシーに影響することが確認され、情報入手の目標や意図に当たる欲求が eヘルスリテラシーを高めることが明らかになった。しかしながら、eヘルスリテラシーの高さは情報入手の程度には直接影響しなかった。この結果については 2 つの点からの考察が可能であろう。第 1 に、eヘルスリテラシー尺度をとりまく状況の変化である。この尺度は 2006 年に作成され、インターネット利用を前提としたヘルスリテラシーに関する質問群で構成されている (Norman & Skinner, 2006)。しかし、現在はインターネットに加えて多種の SNS (Twitter, LINE, Instagram, Facebook, YouTube など) があり情報入手の媒体が多様化している。したがって、今回使用した eヘルスリテラシー尺度が現状を正確に測定できていなかった可能性がある。第 2 に、COVID-19 に関する情報入手の難しさの問題である。COVID-19 は一般人にとっては経験したことのないほどの強い感染力であり、かつウイルスの変異速度が速く、厚生労働省や感染症の専門家の見解、政府や自治体の対応、メディアでの報道が刻々と変化していった。第 1 の点とも関連するが、新型コロナによるインフォデミックを経て、個人がアクセスできる医療・健康情報の量のはるかに増えている。このような状況の変化が情報の利用可能性を低め、結果として eヘルスリテラシーが高くても情報入手につながらなかった可能性があるのではないか。実際に、情報入手に対する不満が最も高かった項目が「情報量が多すぎる」「どの情報が信頼できるかわからない」であった。これらの点については今後さらなる検証が必要である。

今回の分析で最も注目すべき結果は、医療・健康情報入手に対する不満度がいくつかの要因で説明されることである。健康情報の重要度の認知が高いほど、健康情報希求度が高いほど不満度が高く、eヘルスリテラシーが低いほど、自己効力感が低いほど、入手の程度が低いほど不満が高いことが確認された。これらの結果は一見矛盾しているようだが、おそらくコロナに関する医療・健康情報は大量でワクチン接種や感染予防に関する基本的な情報から、感染経路や治療方法、ウイルス種別のワクチンの効果や副作用などのより専門的な情報までさまざまであることが関連するのではないだろうか。知識が増え、情報希求が高まった人ほどさらに必要となった情報が探せないことにいら立ち、十分な知識や自信がない人も目的とする必要な情報が探せないことに不満を抱いた可能性が考えられる。

3. 本研究の限界

本研究では感染状況は地域差が大きいことを考慮し、若者を都内在住の大学生・大学院生に限定したインターネット調査を実施した。したがって、今回の結果を日本の若者全体の動向として包括的に議論するには留意が必要である。また、今回使用した eヘルスリテラシー尺度で扱われている質問はインターネットのみを対象としており、現在の SNS や YouTube などの通信媒体は考慮されていなかった。さらに、本研究結果はすべて主観評価に基づくものであり、実際の情報入手行動や eヘルスリテラシーについて客観的に測定していないため、今後は実際の行動に基づいた調査が必要である。

V. 結語

本調査は、一気に感染が拡大した東京オリンピック開催中の 2021 年 7 月末に都内在住の大学生、大学院生を対象にオンラインで行われた。若者の医療・健康情報の入手に関する実態、および、入手に対する不満と医療・健康情報の入手に関する要因との関連を健康行動に関する自己効力感モデル (Bandura, 1995) と医療情報入手に関する eヘルスリテラシーモデル (Sheng & Shimpson, 2013) の観点から検討した。医療・健康情報の主な入手手段は TV とインターネットであった。医療・健康情報の重要度の認知は総じて高く、特に、ワクチン接種や健康管理・予防についての重要度の認識はもっとも高かった。感染拡大の原因となる無謀な行動が揶揄される若者は、実は医療・健康情報の重要度について認識はしていることがわかる。他方、医療・健康情報入手については、すべての質問項目で不満を感じており、特に「情報量が多すぎる」「どの情報が信頼できるかわからない」ことに対する不満が高かった。情報の洪水の中で適切な情報についての理解、評価や判断、利用に困難を感じていたことがわかる。

若者の COVID-19 に関する医療・健康情報入手という健康行動がどの要因で説明され、それらの要因が情報入手に対する不満とどのように関連するかを調べるため共分散構造分析を行った。最終的に得られた適合モデルでは、先行モデル (Bandura, 1995) の通り医療・健康情報の重要度の認知が健康情報希求度に影響し、結果的に医療・健康情報の入手の程度に影響した。さらに、自己効力感は健康情報希求と健康行動としての情報入手の程度にも影響を及ぼしていた。しかしながら、情報の重要度の認知は自己効力感には影響しなかった。この結果より、医療・健康情報の入手につなげるためには、単純に重要度の認知だけではなく、情報希求度をいかに高めるかが重要である。また、情報入手の程度は自己効力感とも関連していた。先行研究から予想された重要度の認知から自己効力感へのパス、ヘルスリテラシーと自己効力感の関連が確認できなかったのは、重要度の認知と自己効力感をつなげるための十分な学習

機会の欠如や、健康情報入手という状況を限定した自己効力感ではなく一般的自己効力感を測定したことが関連している可能性がある。この点については、今後の課題としたい。また、モデルからの予想通り健康情報希求という目標や意図は、目標に対するスキルとしてのeヘルスリテラシーに影響することが確認され、情報入手の目標や意図に当たる欲求がeヘルスリテラシーを高めることが明らかになった。しかしながら、eヘルスリテラシーの高さは情報入手の程度には直接影響しなかったため、この点はSheng & Simpson (2013)のモデルとは異なる。今回の結果が、COVID-19に関する情報入手の難しさを意味するのかについてさらなる検証が必要である。最も重要な結果としては、医療・健康情報入手に対する不満度がいくつかの要因で説明されることである。健康情報の重要度の認知が高いほど、健康情報希求度が高いほど不満度が高く、eヘルスリテラシーが低いほど、自己効力感が低いほど、入手の程度が低いほど不満が高いことが確認された。若者のインターネットやSNS利用率と、必要な医療・健康情報の入手とは必ずしも結びついていないことがわかる。不満解消のためにはeヘルスリテラシー向上や適切な情報へのアクセス方法の周知についての介入方法の検討を期待したい。特に、本研究結果をふまえ、不満との負の関係が認められたeヘルスリテラシー向上へのアプローチは重要であろう。これまでの研究から、高いヘルスリテラシーは主観的健康状態の向上、ヘルスケア費用の低減、入院期間の短縮、ヘルスケアサービス利用率の抑制との関連が報告されており、個人にとっても、社会にとってもプラスの影響をもたらす(Baker, 2006)。本研究モデルにおいて明らかになったように、eヘルスリテラシー向上は結果的に情報入手に対する不満解消にもつながると考える。

謝辞

本論文について有益なコメントを下さいました査読者、および、本研究の実施にあたり調査にご参加くださった皆様に感謝申し上げます。

研究資金

該当なし。

利益相反自己申告

本研究に利益相反はない。

引用文献

- Baker, D. W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Bandura, A. (1995). Self-efficacy in changing societies. London: UK. (アルバート・バンデューラ 本明寛ほか訳 (1997). 激動社会の中の自己効力 金子書房)
- Bodie, G. D., & Dutta M. J. (2008). Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Marketing Quarterly*, 2, 175-203
- Dadaczynski, K., Orkan, O., Messer, M., Leung, A.Y.M., Rosário, R. Darlington, E., & Rathmann1, K. (2021). Digital Health Literacy and Web-Based Information-Seeking Behaviors of University Students in Germany During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study, *Journal of Medical Internet Research*, 23, e24097.
- Ito, K., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2005). <http://userpage.fu-berlin.de/~health/japan.htm>.
- 木内 貴弘・中山 健夫・石川 ひろの・奥原 剛・中山 和弘・杉森 裕樹・孫 大輔・安村 誠司・八巻 知香子・江口 泰正・福田 洋 (2022). 日本ヘルスリテラシー学会の設立と同学会誌の発刊 日本ヘルスリテラシー学会誌, 1, 3-5.
- 金城 光・石井 国雄・齊藤 俊樹・野村 信威・濱田 明日也 (2017). 高齢者の医療・健康情報の入手状況と課題 老年社会科学, 39, 1, 7-20. <https://doi.org/10.1177/1321103X221087063>
- 厚生労働省 (2022). 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の見解」 Retrieved January 28, 2023 from https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage_00011.html
- 松村 むつみ (2020). 自分を守り家族を守る医療リテラシー読本 翔泳社
- Mito, H., & Kinjo, H. (2022). A Cross-sectional Study on Relationships between Musical Activities and Quality of Life in Japanese Older Adult. *Research Studies in Music Education. Research studies in music education*, 1-19.
- 光武 誠吾・柴田 愛・石井 香織・岡崎 勘造・岡 浩一朗 (2011). eHealth Literacy Scale (eHEALS) 日本語版の開発. 日本公衆衛生雑誌, 58, 361-371. https://doi.org/10.11236/jph.58.5_361
- 内閣官房 (2021). 新型コロナウイルス感染症対策 基本的対処方針に基づく対応 内閣官房 Retrieved August 11, 2021 from <https://corona.go.jp/emergency/>
- NHK (2022). 新型コロナ「年末年始の接触機会増加で注意必要」 専門家会合 NHK Retrieved December 21, 2022 from

- https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/advisory-board/detail/detail_99.html
- 西原 麻里子・太田 悠希子・田口 美奈・高橋 里奈・国文 杏奈・柳 ジェイン・兵藤 壮亮・藤橋 明日香・杉下 智彦 (2020). 強制か自粛か? COVID-19 における日本人大学生の意識調査結果 国際保健医療, 35, 93-95.
- Norman, C.D. & Skinner, H.A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8: e9.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource/ Generalized self-efficacy: Assessment of a personal coping resource. *Diagnostica*, 40, 105-123.
- Sheng, X., & Simpson P.M. (2013). Seniors, health information, and the internet; Motivation, ability, and internet knowledge. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16, 740-746.
- 総務省 (2020). 「情報通信白書」(令和 2 年版)
<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r02/html/nd252120.html>
- 総務省 (2022). 「情報通信白書」(令和 4 年版)
<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r04/pdf/n3800000.pdf>
- Sørensen, K., Broucke, S., Van Den, Fullam, J., Doyle, G., & Pelikan, J. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Strecher, V. J., Devellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13, 73-91. <https://doi.org/10.1177/109019818601300108>
- TOKYO MX (2021). 若者の行動パターンが(感染拡大抑制への)鍵 Retrieved July 28, 2021 from
<https://news.yahoo.co.jp/articles/83cb15531d13e45b9523165950ba2c46c5feb705>
- 東京都福祉保健局 (2021). 最新のモニタリング項目の分析・総括コメントについて Retrieved August 11, 2021 from
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kansen/corona_portal/info/monitoring.html
- van der Vaart, R. & Drossaert, C. (2017). Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *Journal of Medical Internet Research*, 19: e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.6709>.
- 渡部 かなえ (2021). 健康の社会的決定要因に関する大学生のヘルスリテラシーの現状と必要な健康教育—神奈川大学人文学研究所報, 65, 1-6.
- Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 395(10225), 676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)

***責任著者 Corresponding author : 金城光 (e-mail: kinjo@psy.meijigakuin.ac.jp)**

投稿日 : 2023 年 2 月 2 日 受理日 : 2023 年 4 月 21 日

研究資料

産科医療に従事する多職種チームメンバーを対象とした シェアード・デシジョンメイキング教育プログラムの 開発プロセスと受容性の検討

Development process and acceptability of an educational program on shared decision making for interprofessional team members in obstetric care

大坂 和可子¹⁾, 青木 裕見²⁾, 納富 理絵³⁾, 遠藤 亜貴子⁴⁾, 中野 美穂⁵⁾, 有森 直子⁶⁾
Wakako Osaka¹⁾, Yumi Aoki²⁾, Rie Notomi³⁾, Akiko Endo⁴⁾, Miho Nakano⁵⁾, Naoko Arimori⁶⁾

- 1) 慶應義塾大学看護医療学部
- 2) 聖路加国際大学大学院看護学研究科
- 3) 秋田大学医学部附属病院
- 4) 前) 東京医療保健大学千葉看護学部
- 5) 新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程
- 6) 新潟大学医学部保健学科
- 1) Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University
- 2) Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University
- 3) Akita University Hospital
- 4) Chiba Faculty of Nursing, Tokyo Healthcare University
- 5) Graduate School of Health Science, Nigata University
- 6) School of Health Science Faculty of Medicine, Nigata University

Abstract

OBJECTIVE: This study aimed to describe the process of developing an educational program to promote shared decision making among interprofessional team members working in obstetric care in Japan and to examine the acceptability of the program. **METHODS:** We designed the program drawing on understanding the current situation use of shared decision making in obstetric care in Japan, and comparing and examining two existing educational programs on this issue. The program consisted of individual learning (online on-demand) and group sessions (role-play and discussion, online live streaming) for members of interprofessional obstetric care teams working together in the same hospital. The program was offered to team members from two hospitals. We conducted an online post-program survey to assess acceptability. **RESULTS:** Thirteen participants said that the program was easy to understand and highly satisfactory, but three participants answered that the overall length of the program was not just right. **CONCLUSIONS:** The program could be disseminated to interprofessional obstetric care team members from different institutions in Japan. However, needs to be shorter and the method improved to make the program easier and comfortable for participants.

要旨

目的：本研究の目的は、産科医療に携わる多職種チームメンバーを対象としたシェアード・デシジョンメイキング（Shared Decision Making：以下SDM）教育プログラムの開発プロセスを記述すること、およびその一貫として本プログラムの適用を試み、受容性を検討し改善点を明らかにすることである。方法：本プログラムは、日本の産科医療におけるSDMの現状把握と既存の2つのSDM教育プログラムを比較検討した上で設計し、講義動画視聴と課題に取り組む個人学習（オンラインオンデマンド型）と、職場で共に働く多職種チームメンバーが合同で受講する集合学習（ロールプレイとディスカッション、オンラインライブ配信型）で構成した。2施設の産科医療に従事する多職種チームメンバーを対象に適用し、集合学習終了後に受容性や満足度を尋ねるアンケートを実施した。結果：13名がアンケートに回答し、本プログラムは概ねわかりやすく満足度が高いことが示されたが、3名は、所要時間が適切ではないと回答した。結論：本プログラムは、日本において様々な施設の産科医療に携わる多職種チームに普及できる可能性があるが、学習時間の短縮化を図り、さらに参加しやすい方法へ改善する必要がある。

キーワード: シェアード・ディシジョンメイキング、多職種チームメンバー、産科医療、教育プログラム

Keywords: shared decision making, interprofessional team members, obstetric care, educational program

1. 序文

患者中心の医療・ケアの質を向上させる重要な要素として、患者と医療者が一緒に今後の方針を決めるシェアード・ディシジョンメイキング (Shared decision making; 以下 SDM) への関心が高まっている。SDM は医療における意思決定の手法であり「1. 少なくとも患者と医師の二人が参加し、2. 両者が情報を共有し、3. 患者にとってより好ましい治療方法についての合意形成を行うステップを共に歩み、4. 実行する治療法に関する同意に達する」と定義されている (Charles et al., 1997)。SDM のプロセスは、1. 患者の健康問題を定義する、2. 選択肢を提示する、3. 選択肢の利点・欠点 (利益/リスク/費用) を検討する、4. 患者の価値観や意向を明確にする、5. 患者の能力や自己効力感を検討する、6. 医師の知識や推奨を提示する、7. 患者の理解を確認する、8. 決定する (決まらない場合は延期する)、9. フォローアップする、の必須要素から成る (Makoul & Clayman, 2006)。特に、患者の希望や意向により最善の選択が異なる場合の意思決定支援方法として広く認識されている (Stiggelbout et al., 2012)。

産科領域では、妊娠中の女性とそのパートナーは、順調な妊娠経過では、分娩場所、産痛緩和の方法、授乳方法など、様々な意思決定をしながら出産に至る。また、昨今では医療技術の進歩に伴い、不妊治療、出生前診断、妊娠 23 週前後の出生児の蘇生、がんを合併した妊娠の継続など、限られた期間内に、命に関わる、家族を含む合意形成が必要となる難しい意思決定に直面するケースもある (辻, 2022)。このような妊娠・出産の過程で生じる難しい意思決定では、当事者である女性とそのパートナー、女性やパートナーの親、医療者など、決定に関わる人々の価値観が一致しない場合があり、加えて胎児の人権に関わる倫理的な問題もはらむため、意思決定のプロセスは非常に複雑なものとなる。決定内容によって、医師だけでなく、看護師、助産師といった産科医療に関わる職種の役割が重要となる。また、職種間の連携や診療科を超えた連携が必要な場合もあり、多職種チームによる SDM が求められる場合もある。

SDM における多職種モデル (Interprofessional Shared Decision Making (IP-SDM) Model) は、2 人またはそれ以上の医療専門職者が患者との決定に参加することを指す。多職種が連携しながら関わる場合もあれば、多職種がそれぞれ個別に関わる場合もある (Légaré et al., 2008; Légaré & Stacey, 2010)。そのため、医療専門職は、SDM の原則について共通認識をもち、SDM を促進するためのコミュニケーションスキル、協働する他の専門家の価値および役割の尊重、SDM の実践スキルが必要となる (Col et al., 2011)。多職種による SDM を機能させる前提として、一人一人が SDM の知識やその重要性を共通認識として持つことが重要である。

多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラムは、慢性リンパ性白血病治療 (Rocque et al., 2018)、救急医療 (Keshmiri et al., 2020)、在宅領域 (Dogba et al., 2020) の分野で開発されている。産科医療領域でも多職種を対象とした SDM 教育の必要性が指摘されているものの (Downe et al., 2010; Watkins et al., 2017)、教育プログラムの開発や実践に関する報告は見当たらない (Howard & Clark, 2017; Watkins et al., 2017; Molenaar et al., 2018)。そこで本研究は、産科医療における多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラムの開発プロセスを記述することと、その一貫として多職種チームメンバーへの適用を試み、受容性を検討し改善点を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 「産科医療領域の多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラム」の設計

「産科医療領域の多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラム」(以下本プログラム) は、(1) 日本の産科医療における SDM の現状把握、(2) 既存の SDM 教育プログラムの比較を実施し、(3) 本プログラムの設計を行った。我が国でも、SDM を協働意思決定、あるいは共有意思決定と和訳し、その考え方が普及してきているが、欧米の SDM の定義 (Charles et al., 1997; Makoul & Clayman, 2006) に含まれる選択肢や選択肢の利点・欠点の情報共有が含まれず、患者の意思、生き方の共有といった意味合いで用いられる場合もある。そのため、本研究では、和訳せず SDM という用語と定義をそのまま使用し、教育プログラムを設計することとした。

(1) 日本の産科医療における SDM の現状把握

本プログラムを設計する上で、日本の産科医療における SDM の現状を把握する必要性があると考えた。有森ら (2022) による多職種を対象とした SDM の現状に関するインタビュー結果を踏まえ、産科医療の実践経験のある研究者らの意見も踏まえ課題を検討した。

(2) 既存の SDM 教育プログラムの比較

本プログラムの設計にあたり、既存の 2 つの SDM 教育プログラムを参考にするものとした。1 つは、日本で看護管理者向けに行われた意思決定支援教育プログラムである。このプログラムは、有森が 2013 年～2015 年に医療機関

一施設の看護部から依頼を受けて実施したプログラムである。もう 1 つは、オタワ大学 (カナダ) で開発された多職種対象の SDM 教育プログラムである。このプログラムは、SDM に関連する研究を世界的にリードする研究者らが開発したもので、The Ottawa Decision Support Tutorial (ODST) (O'Connor et al., 2021) と、Interprofessional Shared Decision Making (IP-SDM) Skill-Building Workshop (Stacey & Légaré) から成る。オンラインの ODST 受講後、IP-SDM Skill-Building Workshop の受講が可能である。著者らは、2019 年 2~3 月にオンラインチュートリアルを受講し、指導者の 1 人である Laura Boland 氏 (招聘時所属: Ottawa Hospital Research Institute) を日本に招聘し、IP-SDM Skill-Building Workshop を受講し、具体的な内容を把握した。これら 2 つの既存のプログラムを比較しながら、(1) 日本の産科医療の SDM の現状把握と照らし合わせて検討した。

(3) 本プログラムの設計

上記 (1)、(2) を踏まえ、本プログラム学習目標、学習内容、方法、教材作成等について研究者間で検討し、本プログラムを設計した。

2) 産科医療領域の多職種チームメンバーへの本プログラムの適用と受容性の検討

日本の産科医療に関わる多職種チームメンバーにとって、どの程度受容性があるかを明らかにし、改善点を検討するため、本プログラムの適用を試みた。

(1) 対象者

研究協力を了承が得られた関東甲信越圏の 2 施設の産科医療に携わる多職種チームメンバー (医師、助産師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、事務職員、クラーク等) を対象とした。

(2) 実施方法

便宜的サンプリングにて、候補施設を 4 施設選択し、看護部長に研究協力を依頼した。3 施設より研究協力の了承を得られたが、うち 1 施設は研究開始前に辞退した。了承が得られた 2 施設において、施設毎に、窓口となる施設担当者を立て、施設担当者より研究対象候補者に対し、研究協力の依頼を文書で行い、説明書、同意書・同意撤回書、返信用封筒を配布した。研究参加同意取得後、対象者に、プログラム受講に必要な情報 (受講方法、受講に必要な個人学習の講義動画のアクセス情報、集合学習の参加に必要なオンラインミーティングアクセス情報、受講時の留意点など) をメールにて送付した。受講情報を得た対象者は、3~4 週間の間に個人学習を受講し、施設毎に日程調整の上、同じチームの対象者が集まる集合学習に参加し、実施直後にオンラインの無記名自記式質問紙調査に回答した (図 1)。

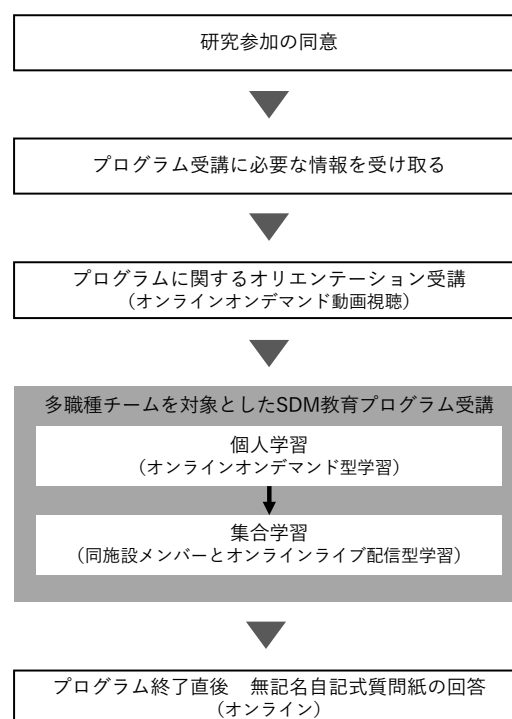


図 1. 対象者の研究参加の流れ

(3) 調査内容

調査内容は、本プログラムの受容性、満足度とした。受容性 (Acceptability) とは、そのプログラムを提供する人や受ける人にとって、どの程度、プログラムが適切か、魅力的であると判断されるか、について検討するものである (Bowen et al., 2009)。Boland ら (2019) は、ODST 受容性評価において、全体的な印象、わかりやすさ、情報の包括性、ナビゲーションのしやすさ、自分の役に立つかどうか、チュートリアルを他の人に勧めたいかなどを尋ねる項目 (多肢選択式質問) と、改善のための提案 (自由形式質問) を組み合わせ使用していた。Boland らの項目を参考に、研究者間で本プログラムの受容性の把握に必要な項目と回答の選択肢について検討を行い、「教育プログラムは、全体を通してわかりやすかった」、「教育プログラム全体の長さ (時間) は適切だった」など 11 項目について、「とてもそう思う」～「全くそう思わない」の 5 段階で回答を得ることとした。また、本プログラムの満足度は、「このプログラムに満足している」、「このプログラムは実践に役立つ」の 2 項目とし、「とてもそう思う」～「全くそう思わない」の 5 段階で回答を得た。属性は、年齢、勤務年数、所属施設での勤務年数、職種、SDM 教育プログラム受講経験の有無を尋ねた。また、本プログラムへの意見について自由記載欄を設けた。

(4) 分析方法

受容性と満足度に関する項目の回答は、記述統計を算出した。自由記載は、本プログラムについての反応を抽出し、内容の類似性に沿って分類した。

(5) 倫理的配慮

本研究は、新潟大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した (承認番号 2020-047)。新潟大学倫理審査委員会の承認を得た後、研究協力施設毎に倫理審査委員会の承認を得て実施した (施設 A: 承認番号 21-A017, 施設 B: 承認番号 92)。研究参加にあたり、研究目的、方法、研究参加の任意性、同意撤回が可能であること、それによる不利益がないこと、について文書を用いて説明した。説明時に同意書と返信用封筒を渡し、研究参加に同意する場合、同意書に署名し研究者宛てに直接返送してもらった。研究参加同意取得後、本プログラム参加方法やオンデマンド動画視聴のアクセス URL、集合学習のオンラインミーティングアクセス情報を通知するため、対象者本人より所属先、氏名、メールアドレスを入手した。対象者には、調査への回答は任意であることを説明し、無記名でデータを収集した。また、本プログラムの対象者情報管理と、無記名自記式質問紙調査の回答の収集と管理は、別の者が担当した。

3. 結果

1) 「産科医療領域の多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラム」の設計

(1) 日本の産科医療における SDM の現状把握

インタビュー結果 (有森ら, 2022) から、日本の産科医療において、すでに SDM が実施されていることが明らかになった。また、妊婦と医師のみ、あるいは妊婦と助産師のみで SDM を実施する場合と、医療者の勧めと産婦の希望がかみ合わない場合や合併疾患がある場合などに、IP-SDM を実施していた。さらに、医師、看護師、助産師だけでなく、補助業務を担う医療補助者もチームの一員として医療者が妊婦や家族の支援に集中できるようタスクシフトに関わっていること、看護管理者も、スタッフの心理的負担の軽減を図るためのカンファレンスの機会を設けるなど、組織として「意思決定支援を支えるシステム」があることが明らかになった。

日本の産科医療の SDM の現状把握を踏まえ、研究者間で検討した結果、施設の産科医療チームごとに SDM の実施の程度や課題が異なる可能性があり、SDM の知識を中心とした教育よりも、それぞれのチームで SDM がどの程度実施できているか、どのような課題があるかを認識し共有することが、SDM を促進するきっかけにつながると議論した。そのため、同じ職場で働くチームメンバーと一緒に教育プログラムを受講し、ディスカッションする方法が効果的ではないかと検討した。一方、産科医療現場は非常に忙しく、夜間勤務や当直のある医療者の参加への配慮、コロナ禍の感染予防の観点も踏まえた学習方法を検討することとした。

(2) 既存の SDM 教育プログラムの比較

看護管理者向け意思決定支援教育プログラム (開発者 有森ら, 日本) と、多職種対象の SDM 教育プログラム (開発者 O'Connor, Stacey ら, カナダ) の特徴について、対象、学習内容、学習方法、所要時間、参加形式の項目から整理し比較しながら、(1) の状況把握を踏まえ、本プログラムの設計について検討した。検討内容は表 1 の通りである。

表 1

既存の SDM 教育プログラムの比較、日本の産科医療における SDM の現状を踏まえた本プログラムの設計への検討内容

(1) 既存のプログラムの比較			(2) 日本の産科医療における SDM の現状を踏まえた 本プログラムの設計への検討内容	
	①看護管理者向け教育プログラム（日本）	②多職種対象の SDM 教育プログラム（カナダ） (ODST と IP-SDM Skill-Building Workshop)		
対象	看護管理者	医療者 (医師、看護師、薬剤師、理学療法士など、職種を問わない)	・チームで SDM を促進するため、新人からベテランまで SDM の共通認識を持つ必要がある。 ・医療者の SDM の時間捻出にあたり医療補助者等も関与している。医療補助者等も対象者に含む必要がある。 ・看護管理者は、組織全体に対し SDM 促進のための働きかけを行っているので、対象者に含む必要がある。	
学習内容	意思決定支援とは（意思決定が必要となる状況、意思決定とは何か、よりよい意思決定とは、健康を決める「ちから」） 意思決定を困難にする状況 など	意思決定支援の概念や SDM の適用 患者の意思決定支援ニーズのアセスメント デザインジョニエイトの使用 方法 意思決定支援の介入の評価方法 意思決定プロセスに患者を参加させるアプローチを検討するスキル など	・産科医療の SDM、IP-SDM の特徴について学習内容を加える。新人の医療者や、医療者ではない医療補助者等も対象に含む場合は、わかりやすく基本的な内容にする必要がある。 ・すでにチームで SDM を実施している場合もあり、チームによって課題が異なる。知識中心の教育プログラムではなく、自身およびチーム内の SDM について振り返る機会を設ける。また、チームの SDM の促進につながるよう、SDM の促進要因や阻害要因をチームで共有する機会を設ける。そのため、集合学習を施設のチーム単位で行うのがよい。	
学習方法	対面の講義、ロールプレイ、グループワーク	ODST (個人でオンラインのテキストを読む、クイズに回答する) IP-SDM Skill-Building Workshop (ODST の最終テストで 75%以上正解の場合参加できる。講義、ロールプレイ、グループワークを含む) ロールプレイ場面 クライアント役が実際に悩んでいる選択 医療者のインフルエンザワクチン接種の選択	・②多職種対象の SDM 教育プログラムの学習方法のように、個人学習を取り入れることで、集合学習を効率よく進めることができる。 ・個人学習を行うなら、夜勤や当直のある医療者でも学習しやすいオンラインオンデマンド型の講義動画がよい。講義動画を新たに教材として作成する必要がある（講義動画の長さは 1 つあたり 15 分程度までを目安にする）。 ・コロナ禍の感染予防の観点を踏まえて学習方法を検討する必要がある。 ・ロールプレイは自身の SDM の実践を振り返る機会にもなるため、集合学習に含める。ただし、産科でよく遭遇する身近な事例を作成しロールプレイを実施する方がよい。 ・集合学習をチームで一緒に行い、SDM の現状や課題を共有するグループワークを含める。	
所要時間	連続した 2 日間	オンラインチュートリアル：1～2 時間 (分割受講可) 対面ワークショップ：3.5 時間	・忙しい対象者の負担を軽減するため、学習内容の焦点化を図り、所要時間を短くする。 ・事前の個人学習は 1～2 時間以内で分割受講可能とし、集合学習は 2 時間以内を目指して設計する。	
参加形式	同じ医療機関グループの様々な病院、様々な部署より参加	個人またはチームで参加	・施設のチーム単位での参加とする。	

SDM: Shared decision making, IP-SDM: Interprofessional shared decision making, ODST: Ottawa Decision Support Framework

(3) 本プログラムの設計

(1)、(2) を踏まえ、研究者間の討議により本プログラムを設計した。概要は表 2 の通りである。

本プログラムの対象者は、産科医療に携わる多職種チームメンバー（医師、助産師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、事務職員等）とした。インタビュー結果（有森ら, 2022）と検討を踏まえ、補助業務を担う医療補助者、看護管理者を対象者に含めた。管理者は、計画的行動理論（Theory of planned behavior）（Godin et al., 2008）の観点からみても、医療者の SDM の行動意図に最も影響する主観的行動規範（その人にとって重要な人がその行動に賛成するか否か）（Thompson-Leduc et al., 2014）にあたり、組織の中で SDM を推進する上で重要な役割を担うため、対象者に含むのは妥当と考えた。妊婦とその家族に関わるチームメンバー一人一人が、SDM について共通認識を持ち、組織で取り組むことへの認識を高めるため、対象者の経験年数は問わないこととした。

既存のプログラムはいずれも、専門分野を問わない内容であった。汎用性の高さがメリットとして挙げられるが、産科医療における SDM、IP-SDM の説明が不足していたため、それらの説明を加えた。また、日本の産科医療における SDM の現状把握（有森ら, 2022）からは、SDM の実践が行われており、日々の診療やケアにおいて重視されていることが明らかになった。7名の医師、看護師、医療補助者のインタビュー結果から日本の産科医療全体の状況への一般化は困難であるが、常に多職種による SDM が必要なわけではなく、対象者と医師、あるいは看護師の SDM で十分な場合もあると考え、SDM と IP-SDM の違い、どんな場合に IP-SDM が必要となるかを示し説明を加えることとした。また、様々な葛藤を抱えながらも医療者が SDM に取り組んでいること、迷いながら対象者と向き合う医療者もあり、SDM の振り返りがしやすくかつ学習後の実践に結びつきやすくするため、日頃出会う対象者の状況に近い事例を作成しロールプレイを行うこととした。さらに、日頃から協働する同じ施設内のチームメンバーによる考えや価値観の共有が SDM の促進につながると考え、個人参加ではなく、施設のチーム単位での参加とした。

所要時間は、検討の結果、できるだけ短くする必要があると考えた。施設ごとにチームと一緒に学習するための日程調整をしやすくするため、オンラインオンデマンド型の個人学習を行い基本的な知識を得た上で、オンラインライブ配信型の集合学習を行うこととした。

意思決定支援における概念的枠組みは、Ottawa Decision Support framework (ODSF) を採用した（図 2）。ODSF は、行動科学や心理学における意思決定に関する理論をもとに開発した意思決定支援の概念的枠組みで、意思決定のニーズ、意思決定支援、そして意思決定のアウトカムの 3 つで構成される（Hoefel et al., 2020）。

本プログラムの主な学習内容、学習方法、所要時間は表 3 の通りである。個人学習（Step 1）は、教材として講義動画を作成し、受講者が好きな時にアクセスし、繰り返し学習できるように、オンラインオンデマンド型で実施した。作成した講義動画は、①「SDM と SDM を促進するツール」、②「多職種による SDM の特徴」、③「産科領域における SDM の特徴」であり、1 つあたりの視聴時間が 15 分以内に収まるようにした。個人学習（Step 2）は、日本語版のオタワ個人意思決定ガイド（有森ら, 2015）を使用した個人課題とした。個人課題について説明する講義動画として「オタワ個人意思決定ガイドの概要と使い方」を作成した。

集合学習（Step 3, 4）は、施設単位で、オンラインライブ配信型で実施することとした。Step 3 は、SDM の理解を深めるため、オタワ個人意思決定ガイドを使用したロールプレイを実施した。ロールプレイに使用する事例は、出生前検査を受けるかどうか意思決定に悩む 39 歳の妊婦（初産）とその家族を取り上げることとし、産科医療および遺伝看護を専門とする研究者が中心となり新たに作成した。Step 4 は、所属施設の SDM の現状や課題に関するディスカッションを促進するため、ホワイトボードミーティング®を採用した。ホワイトボードミーティング®は、ホワイトボードを使用して、参加者の意見やアイディアを集める会議の進め方である（ちょん, 2016）。職種を問わず、ビジネス分野、医療分野など多分野で用いられており、研修を受けたファシリテーターが発言を促す投げかけを行い、発言をホワイトボードに整理して記載し、参加者の意見やアイディアを引き出す方法である。多職種チームメンバーがディスカッションする上でこの手法が適していると考え採用した。

尚、本プログラムの設計や適用は、産科医療の意思決定支援に関する研究や実務経験がある者、他領域において意思決定支援に関する研究や実務経験がある者が実施した。集合学習（Step 3, 4）は、産科医療に関わる看護師または助産師で、過去に意思決定に関する教育や研修を受けた経験があり、かつ大学院在籍あるいは修士または博士課程を修了した者が、集合学習実施前にホワイトボードミーティング®認定講師の研修を受講し担当した。

表 2

産科医療における多職種チームを対象とした SDM 教育プログラムの概要

項目	内容
対象	産科医療に携わる多職種チームメンバー（医師、助産師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、事務職員等） 経験年数やチーム内で担う役割を問わない（新人から管理者まで含む）。
学習のねらい	・ SDM の基本的な知識と、チームで SDM を実装するための活動に関する知識を理解し、チーム内で共通認識が図られる。 ・ 所属組織の SDM、IP-SDM の現状（実施できている点、今後取り組むべき課題）をチーム内で出し合い、SDM 実装に向けた活動を開始する足掛かりとする。
学習目標	個人学習 ・ SDM とは何かを説明できる ・ チームで SDM を実装するための活動を説明できる ・ 多職種による SDM とは何かを説明できる ・ 産科医療において、どのような場面で SDM が求められるか説明できる ・ オタワ個人意思決定ガイドを用いた SDM の実践方法を説明できる 集合学習 ・ オタワ個人意思決定ガイドを用いた SDM の実践方法を体験できる ・ 所属する施設の SDM の現状（実施できている点、今後取り組むべき課題）について個々に気づくことができる。
意思決定支援の理論	Ottawa Decision Support Framework（図 2）
プログラムで用いる用語の定義	SDM「医療者と患者・家族がエビデンスに加えて、治療の選択肢やその利益と害のエビデンスに加えて、患者の価値観や希望・状況を共有し、医療者と患者・家族が一緒に健康に関わる意思決定に参加するプロセス」（Charles et al., 1997 に基づき、産科領域の SDM に多職種がかかわる場合もあるため、医師ではなく医療者とした。） IP-SDM を「2 人またはそれ以上の医療専門職者が患者との決定を行うこと。この場合、患者と多職種が同時に一緒に関わる場合や、別々のタイミングで多職種が関わる場合がある」（Légaré et al., 2008; Légaré & Stacey, 2010）
学習内容	* 詳細は表 3 参照
学習方法	個人学習（オンラインオンデマンド型）：対象者がそれぞれ受講する。 集合学習（オンラインライブ配信型）：同施設のメンバーと一緒に受講する。
学習教材	オンラインオンデマンド型で視聴する 3 つの講義動画 個人課題およびロールプレイに使用するオタワ個人意思決定ガイド ロールプレイ事例（出生前検査の意思決定に悩む妊娠 7 週、39 歳の妊婦（初産））
プログラム所要時間	個人学習（オンラインオンデマンド型）：計 1 時間 14 分 集合学習（オンラインライブ配信型）：計 1 時間 55 分（休憩含む） * 詳細は表 3 参照
参加形式	施設のチーム単位で参加
本プログラム設計と適用者	産科医療において意思決定支援に関する研究や実務経験がある者、他領域において意思決定支援に関する研究や実務経験がある者
本プログラム集合学習提供者（ファシリテーター）	産科医療に関わる看護師または助産師で、過去に意思決定に関する教育や研修を受けたことがある者、かつ大学院在籍あるいは修士または博士課程を修了した者（集合学習実施前にホワイトボードミーティング®認定講師の研修を受講）

SDM: Shared decision making, IP-SDM: Interprofessional shared decision making

表 3

産科医療における多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラムの学習内容、学習方法、所要時間

Step	学習内容	学習方法	所要時間
Step 1	講義動画①「SDM と SDM を促進するツール」 講義動画②「多職種による SDM の特徴」 講義動画③「産科領域における SDM の特徴」	個人学習 (オンラインオンデマンド型) 講義動画の視聴 (分割受講可)	約 36 分
Step 2	説明動画「オタワ個人意思決定ガイドの概要と使い方」 個人課題	個人学習 (オンラインオンデマンド型) 説明動画視聴後、個人課題の実施	約 38 分
Step 3	産科医療における SDM の実際	集合学習：ロールプレイ (オンラインライブ配信型) (医療者役、クライアント役、観察者役の 実施)	約 45 分
Step 4	所属施設の SDM の現状 (実施できている点) と今後取り 組むべき課題	集合学習：グループディスカッション (オンラインライブ配信型) (ホワイトボードミーティング®)	約 60 分

SDM: Shared decision making

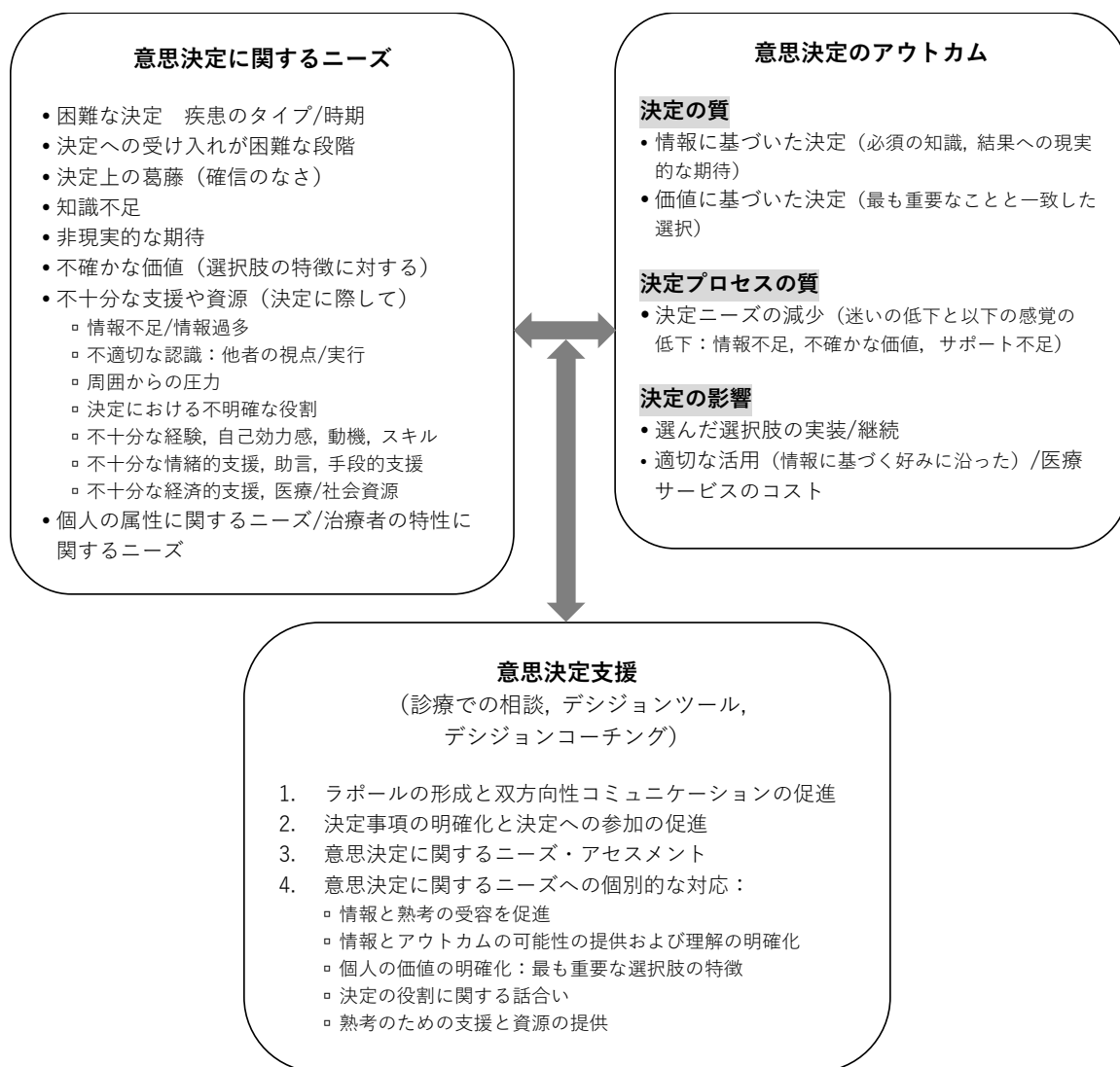


図 2. Ottawa Decision Support Framework (Hoefel et al., 2020 を一部改変して著者らが翻訳)

2) 産科医療領域の多職種チームメンバーへの本プログラム適用と受容性の検討

(1) 対象者の属性

2 施設から合わせて 13 名（施設 A: 5 名、施設 B: 8 名）が研究協力に同意し、本プログラムを受講した。施設 A は 2021 年 10 月、施設 B は 2021 年 12 月に集合学習を実施した。対象者の平均年齢は、37.9 歳（27 歳～54 歳）、平均勤務年数は 14.1 年、所属施設での平均勤務年数は 9.7 年であった。対象者の職種は、助産師 7 名（53.8%）、医師 2 名（15.4%）、医療ソーシャルワーカー 2 名（15.4%）であり、これまでに意思決定に関連する研修や講義を受けたことがある者が 7 名（53.8%）であった（表 4）。

表 4

対象者の属性		N = 13	
項目	n	(%)	
年齢, 平均	37.9		
職種			
助産師	7	(53.8)	
医師	2	(15.4)	
医療ソーシャルワーカー	2	(15.4)	
薬剤師	1	(7.7)	
看護助手	1	(7.7)	
勤務年数, 平均	14.1		
所属施設での勤務年数, 平均	9.7		
意思決定支援に関する研修受講経験あり	7	(53.8)	

(2) 本プログラムの受容性

「教育プログラムは、全体を通してわかりやすかった」に対し、すべての対象者が「とてもそう思う」または「そう思う」と回答した。一方、「教育プログラム全体の長さ（時間）は適切だった」に対し、「とてもそう思う」または「そう思う」と回答した者が 10 名（76.9%）、「どちらでもない」または「あまりそう思わない」と回答した者が 3 名（23.1%）であり、他項目と比べて、「どちらでもない」または「あまりそう思わない」と回答した者が多かった。その他の質問項目に対する回答は表 5 の通りである。

表 5

本プログラムの受容性					N = 13
質問項目	とても そう思う n (%)	そう思う n (%)	どちらで もない n (%)	そう 思わない n (%)	全くそう 思わない n (%)
教育プログラムは、全体を通してわかりやすかった	1 (7.7)	12 (92.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
教育プログラム全体の長さ（時間）は適切だった	3 (23.1)	7 (53.8)	1 (7.7)	2 (15.4)	0 (0.0)
教育プログラムは、知りたい情報が包括的に含まれていた	7 (53.8)	6 (46.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
教育プログラムは、難しい決定をする女性の支援に役立つ	10 (76.9)	3 (23.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
教育プログラムは、難しい決定をする女性の支援の意欲を高める上で役立つ	7 (53.8)	6 (46.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
教育プログラムは、他の同僚を指導する上で役立つ	7 (53.8)	6 (46.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
教育プログラムは、他の医療者にも受講を勧めたい	8 (61.5)	5 (38.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ディスカッションは組織の SDM 導入や定着に役立つと思う	4 (30.8)	9 (69.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ディスカッションにより自分の施設の問題意識の共有が図れた	6 (46.2)	7 (53.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ディスカッションにより自分の施設で SDM 導入の意識が高まった	6 (46.2)	6 (46.2)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)

(3) 本プログラムの満足度

「このプログラムに満足している」「このプログラムは実践に役立つ」に対し、すべての対象者が「とてもそう思う」または「そう思う」と回答した（表 6）。

表 6

本プログラムの満足度

質問項目	N = 13				
	とても そう思う n (%)	そう思う n (%)	どちらで もない n (%)	そう 思わない n (%)	全くそう 思わない n (%)
このプログラムに満足している	9 (69.2)	4 (30.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
このプログラムは実践に役立つ	9 (69.2)	4 (30.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

(4) 本プログラムに関する意見や感想

対象者 13 名中 8 名が自由記載に回答した。共通する内容に分類した結果、本プログラムの意義として、「臨床で活かしたい」、「振り返りの機会になった」、「ロールプレイで（妊婦役を経験し）自身の決定に満足を得やすいことを実感した」、「実践的な方法が学べた」などがあつた。また、同じチームで働く多職種メンバーと一緒に学ぶ集合学習の有用性について、「多職種の考えを再認識できた」、「改めてクライアントの迷いに対し共に考える事は医療に携わる全職員の役割なのだと感じた」、「クライアントの意思に寄り添うケアが全職員に浸透するよう取り組んでいきたい」、「職種別の研修が多い中、多職種の意見や見解も学ぶことができ大変貴重な経験」、「チーム医療の意識を強くすることができた」といった意見が出された。本プログラムの修正点や課題についても尋ねたが、記述はなかった。

4. 考察

本研究では、日本の産科医療における SDM の現状把握、既存の SDM 教育プログラムの比較を踏まえ、「多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラム」を設計し、産科医療において難しい意思決定に直面した女性とその家族を支援する多職種チームメンバーへの適用を試み、受容性を検討した。本プログラムは、対象者にとって、わかりやすく、受け入れられる教育プログラムであり、満足度が高いことが示された。便宜的サンプリングにより、SDM や IP-SDM への関心が高い施設が研究協力に応じている可能性があるが、意思決定支援の理論に基づく教育内容であり、ロールプレイを行い、自施設の SDM の現状や課題を明確にするホワイトボードミーティング®を設けたことが高い満足度に影響していると考えられる。今回は、行動計画理論 (Theory Planned Behavior) に基づき、チームリーダーの役割を担う医師や看護管理者を対象に加えた。また、看護助手や医療ソーシャルワーカーも対象とし、同じチームで働くメンバーと一緒に集合学習を行った。自由記載には、「多職種の考えを再認識できた」や、「改めてクライアントの迷いに対し共に考える事は医療に携わる全職員の役割なのだと感じた」といった記述があり、本プログラムの目標として挙げた「所属する施設の SDM の現状（実施できている点、今後取り組むべき課題）について個々に気づくことができる」が達成され、現状と課題の共有の重要性に気づく機会となったと考える。一方、「このプログラム全体の長さ（時間）は適切だった」に対する回答は、「どちらでもない」または「あまりそう思わない」と回答した者が他の項目と比べて多かった。本プログラムは、個人学習は対象者の都合のよい時間に少しずつ学習できるようにしたが、集合学習は休憩を含む約 120 分だったため、学習時間が長いと感じた対象者がいた可能性がある。既存の SDM 教育プログラムは、1 時間の自己学習 (e-learning) (Lawani et al., 2021) や、計 10 時間におよぶ複数回のセッションやコンサルテーション (Henselmans et al., 2018) 等、多様である。今後も所要時間について検討する必要がある。

終了直後の無記名自記式質問紙調査の自由記載に、本プログラムの課題に関する意見が得られなかった。本プログラムにおいて、集合学習に参加した研究メンバーやファシリテーターなど提供者側の視点からも評価を追加で実施する必要がある。ODST の実行可能性評価では、自由記載から抽出した改善点として「チュートリアル of 簡潔化、読みやすさの向上」、ビデオ教材など「マルチメディアと、ケーススタディを増やすこと」、「見やすさの改善」、「対象特性に合わせた内容」、「学習完了までの具体的な時間の提示」、「要約の提供」が挙げられていた (Boland et al., 2019)。本プログラムにおいても、わかりやすさや見やすさの改善に加え、ビデオ教材などマルチメディアの導入、ロールプレイにおいて場面が異なる事例の追加などを検討することも必要である。また、これまでの SDM 教育プログラムの課題として、教育の理論的枠組みの脆弱さやあいまいさが指摘されている (Légaré et al., 2014)。ここから、本プログラムも、今回の適用結果を踏まえ、インストラクショナルデザインの観点からもう一度見直し修正する必要がある。

インストラクショナルデザインで用いられる The Kirkpatrick Model は、レベル 1 : Reaction (反応) の評価、レベル 2 : Learning (学習) : 筆記試験やレポートによる受講者の学習到達度 (理解度) の評価、レベル 3 : Behavior (行動) : 受講者へのインタビューや他者評価による行動変容の評価、レベル 4 : Results (業績) : 研修受講による受講者や職場の業績向上度合いの 4 段階の評価がある (ガニエら, 2007)。今回尋ねた受容性と満足度は、レベル 1 : Reaction (反応) に該当する。Boland らは、Cronbach α 係数 0.85 から 0.95 の既存の SDM に関連した介入満足度の尺度を採用し、

内容妥当性のパイロットテスト実施の上で ODSST の受容性評価を行っていることから (Boland et al., 2019)、本研究においても、今後は、Boland らのようなプロセスを踏み、信頼性と妥当性を確認した上で、受容性や満足度を評価する必要がある。

いくつかの限界があるが、本研究は、患者中心の医療の重要な要素である SDM について、個人学習実施後、日頃から協働する多職種チームメンバーと一緒に学ぶ教育プログラムを設計し、実際に適用し、プログラムの受容性を検討する我が国で初めての研究である。本プログラムは、対象者から、わかりやすく、受け入れやすく、実践に有用性があると意見が出されたことから、本研究で明らかになった課題を踏まえ、さらによりよいプログラムに改善する必要がある。先行研究では、在宅領域 (Dogba et al., 2020) など専門領域を限定した多職種向け SDM 教育プログラムと、専門領域を限定しない多職種向け SDM 教育プログラム (Boland et al., 2019; Kienlin et al., 2020) がある。我が国も、産科医療のみならず、がん、慢性疾患など、他の専門分野で、難しい選択に直面する患者と家族への SDM の充実が求められている。今後は、様々な領域で多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラムの開発への発展についても検討する必要がある。

5. 結語

本研究は、「多職種チームメンバーを対象とした SDM 教育プログラム」を設計し、産科医療において、難しい意思決定に直面した女性とその家族を支援する 2 施設の多職種チームメンバー計 13 名に適用し、受容性を検討した。本プログラムは、対象者にとってわかりやすく、受け入れられる教育プログラムであり、満足度が高いことから、様々な施設の産科医療に携わる多職種チームに普及できる可能性が示唆された。一方で、普及に向けて、学習時間の短縮化や、さらに参加しやすい方法へ改善する必要がある。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました皆様と、研究の過程でアドバイスをいただきましたオタワ大学の Dawn Stacey 教授に深く感謝申し上げます。

研究資金

本研究は、JSPS 科研費 17H04427 の助成を受けて実施したものです。

利益相反自己申告

本論文に関して開示すべき利益相反はありません。

引用文献

- 有森 直子, 堀内 成子, 稲葉 一人, 後藤 千恵, 大賀 有佳子. (2022). 産科施設における多職種による共有意思決定支援の実践: 質的研究. 聖路加看護学会誌, 25(2), 3-9.
- Boland, L., Légaré, F., Carley, M., Graham, I., O'Connor, A. M., Lawson, M. L., & Stacey, D. (2019). Evaluation of a shared decision making educational program: The Ottawa Decision Support Tutorial. *Patient Education and Counseling*, 102, 324-331.
- Bowen, J. D., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., ... Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452-457. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.002
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango?). *Social Science of Medicine*. 44(6), 681-292.
- ちゃん せいこ. (2016). ホワイトボード・ミーティング® 検定試験公式テスト Basic 3 級. 株式会社ひとまち.
- Col, N., Bozzuto, L., Kirkegaard, P., Loon, M. K., Majeed, H., Ng, C. J., & Pacheco-Huergo, V. (2011). Interprofessional education about shared decision making for patients in primary care settings. *Journal of Interprofessional Care*, 25(6), 409-415. doi:10.3109/13561820.2011.619071
- Dogba, M. J., Menear, I.M., Brière N, Freitas N.A., Emond, J., Stacey, D. & Légaré, F. (2020). Enhancing interprofessionalism in shared decision-making training within homecare settings: a short report. *Journal of Interprofessional Care*, 34, 143-146. doi:10.1080/13561820.2019.1623764
- Downe, S., Finlayson, K., & Fleming, A. (2010). Creating a collaborative culture in maternity care. *Journal of midwifery & women's health*, 55(3), 250-254.
- Hoefel, L., O' Connor, A. M., Lewis, K. B., Boland, L., Sikora, L., Hu, J., & Stacey, D. (2020). 20th Anniversary update of the Ottawa Decision Support Framework Part 1: A Systematic review of the decisional needs of people making health or social decisions. *Medical Decision Making*, 40(5), 555-581. doi:10.1177/0272989X20936209

- Howard, H., & Clark, K. (2017). Interprofessional-shared decision making for pregnant women with opioid use: Results from a provider training. *Current Women's Health Reviews*, 13 (2), 121-129. doi:10.2174/1573404813666170511115024
- ロバート・M. ガニエ, キャサリン・C. ゴラス, ジョン・M. ケラー, ウォルター・W. ウェイジャー著, 鈴木 克明, 岩崎 信訳 (2007) .インストラクショナルデザインの原理. 京都, 北大路書房.
- Keshmiri, F., Rezai, M.,Tavakoli, N. (2020). The effect of interprofessional education on healthcare providers' intentions to engage in interprofessional shared decision-making: Perspectives from the theory of planned behavior. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(4), 1153-1161. doi:10.1111/jep.13379
- Kienlin, S., Nytrøen, K., Stacey, D., & Kasper, J. (2020). Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 610-621. doi: org/10.1111/jep.13380
- Lawani, A.M., Turgeon, Y., Côté, L., Légaré, F., Witteman, H.O., Morin, M., ... Giguere, A. (2021). User-centered and theory-based design of a professional training program on shared decision-making with older adults living with neurocognitive disorders: a mixed-method study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(59), 1-25. doi:10.1186/s12911-021-01396-y
- Légaré, F., Stacey, D., Graham, I.D., Elwyn, G., Pluye, P., Gagnon, M.P., ... Desroches, S. (2008). Advancing theories, models and measurement for an interprofessional approach to shared decision making in primary care: a study protocol. *BMC Health Services Research*, 8(2). https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-2
- Légaré, F., & Stacey, D. IP-SDM MODEL. (2010). https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/IP-SDM-Model.pdf (最終アクセス日: 2023 年 5 月 21 日)
- Légaré, F., Stacey, D., Turcotte, S., Cossi M.J., Kryworuchko, J., Graham, I.D., ... Donner-Banzhoff, N. (2014). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(9). doi:10.1002/14651858.CD006732.pub3
- Makoul, G., & Clayman, M.L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60, 301-312.
- Molenaar, J., Korstjens, I., Hendrix, M., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2018). Needs of parents and professionals to improve shared decision-making in interprofessional maternity care practice: A qualitative study. *Birth*, 45(3), 245-254. doi:10.1111/birt.12379
- O' Connor, A.M., Stacey, D., & Jacobsen, M.J. Ottawa Decision Support Tutorial (ODST): Improving Practitioners' Decision Support Skills. Ottawa Hospital Research Institute: Patient Decision Aids, Web. https://decisionaid.ohri.ca/training.html (最終アクセス日: 2021 年 3 月 1 日)
- O' Connor, A.M., Stacey, D., & Jacobsen, M.J. (2015). オタワ個人意思決定ガイド (個人用) 日本語版. 有森 直子, 大坂和可子, 青木 裕見 (翻訳) .https://decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDG_Japanese.pdf (最終アクセス日: 2023 年 6 月 11 日)
- Patient Decision aids web. https://decisionaid.ohri.ca/index.html (最終アクセス日: 2023 年 5 月 21 日)
- Rocque, G.B., Williams, C.P., Halikova, K.I., Borate, U., Jackson, B.E., VanLaar, E.S., ... Safford, M.M. (2018). Improving shared decision-making in chronic lymphocytic leukemia through multidisciplinary education. *Translational Behavioral Medicine*, 8(2), 175-182. doi:10.1093/tbm/ibx034.
- Stiggelbout, A.M., Van der Weijden, T., De Wit, M.P.T., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V.M., ... Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the Centre of healthcare. *BMJ*, 344, e863. doi:10.1136/bmj.e863
- Thompson-Leduc, P., Clayman, M.L., Turcotte, S., & Légaré, F. (2015). Shared decision-making behaviours in health professionals: systematic review of studies based on the theory planned behavior. *Health Expectation*, 18(5), 754-774. doi:10.1111/hex.12176
- 辻 恵子. (2022). 第 5 章 リプロダクティブ・ヘルスにおける倫理, 第 2 節 女性の選択と意思決定プロセスにおける支援. 有森 直子 (編著), 母性看護学 I 概論 女性・家族に寄り添い健康を支えるウィメンズヘルスケアの追求 (pp. 114-123) . 東京, 医歯薬出版株式会社.
- Watkins, V., Nagle, C., Kent, B., & Hutchinson, AM. (2017). Labouring Together: collaborative alliances in maternity care in Victoria, Australia-protocol of a mixed-methods study. *BMJ Open*, 7(3), e014262. doi:10.1136/bmjopen-2016-014262

*責任著者 Corresponding author : 大坂 和可子 (e-mail: osakawa@sfc.keio.ac.jp)

投稿日: 2022 年 10 月 17 日 受理日: 2023 年 7 月 12 日

総説

臨床現場における通訳の質の評価方法に関する文献レビュー Methods for evaluating the quality of healthcare interpreting in clinical settings: a literature review

濱井妙子¹⁾、永田文子²⁾、大野直子³⁾、西川浩昭⁴⁾、東野定律⁵⁾
Taeko Hamai¹⁾, Ayako Nagata²⁾, Naoko Ono³⁾, Hiroaki Nishikawa⁴⁾, Sadanori Higashino⁵⁾

- 1) 静岡県立大学看護学部
- 2) 淑徳大学看護栄養学部
- 3) 順天堂大学国際教養学部
- 4) 聖隷クリストファー大学看護学部
- 5) 静岡県立大学経営情報学部

- 1) School of Nursing, University of Shizuoka
- 2) College of Nursing and Nutrition, Shukutoku University
- 3) Faculty of International Liberal Arts, Juntendo University
- 4) School of Nursing, Seirei Christpher University
- 5) School of Management and Information, University of Shizuoka

Abstract

Objectives: This study aimed to discuss methods for evaluating the quality of medical interpreting, to contribute to patient safety and appropriate disease management. We examined studies that recorded interpreter-mediated consultations and analyzed the accuracy of interpreting and its potential to have a clinically significant impact.

Methods: We systematically searched PubMed, PsycINFO, and CINAHL using keywords limited to English-language publications. Overall, 131 articles identified of which 19 met the inclusion criteria.

Results: Medical interpreting in clinical practice was evaluated based on whether it was accurate or inaccurate. We found eight reports that discussed whether interpreting was accurate or inaccurate, nine that mentioned errors made by interpreters, and three that mentioned both negative and positive alterations (including one reiterated). Potentially clinically significant alterations were discussed in 13 reports. These were divided into three categories: biomedical effects, effects on the physician-patient relationship, and effects on patient understanding and reassurance. Quantitative results were confirmed and explained using a qualitative approach.

Conclusion: When evaluating the quality of healthcare interpreting in supporting patient safety and appropriate disease management, it is helpful to consider accuracy, negative and positive clinical impact created by the interpreter and a research design combining quantitative and qualitative approaches.

要旨

目的 通訳者が介在した診療場面を録音して、通訳の正確性や臨床上重大な影響を及ぼす可能性のある通訳について検討した文献から、医療安全かつ適切な疾病管理に寄与する通訳の質の評価方法を検討する。

方法 PubMed、PsycINFO、CINAHL を用い、キーワードで系統的に検索した結果、131 編の論文のうち、包含基準にあった 19 編を対象文献とした。

結果 診療場面での通訳の質は、元の発言を変更して訳出された通訳（通訳変更）を対象に評価されていた。コーディングの種類別では、正確な通訳と不正確な通訳が 8 編、ネガティブな影響の通訳エラーのみが 9 編、ネガティブとポジティブの影響の通訳変更が 3 編（1 編再掲）であった。通訳変更による臨床的影響を報告した文献は 13 編で、生物医学的な影響、医師と患者関係への影響、患者の理解や安心を促す影響に分類された。定量的な結果を質的アプローチにて確認・説明していた。

結論 医療安全かつ適切な疾病管理を支援する医療通訳の質の評価方法は、正確な通訳、臨床上ネガティブとポジティブな影響の通訳変更について吟味する必要があり、量的・質的データを組み合わせた研究デザインが有用である。

キーワード：医療通訳の質、正確な通訳、臨床上重大な通訳変更、医療安全、疾病管理

Keywords: quality of healthcare interpreting, accuracy of interpreting, potential clinical consequences, patient safety, disease management

1. 背景

2019 年末の在留外国人数は 293 万人で前年比 7.4 %増加し、在留カード及び特別永住者証明書上に表記された国籍・地域数は 195 (無国籍を除く。) で、ベトナムが前年比 24.5%増、インドネシアが同 18.7%増とアジア系住民が急増している¹⁾。2019 年の一年間の訪日外国人旅行者数 (インバウンド) は推計 3,188 万人で前年比 2.2%増加し、過去最高を更新した²⁾。政府は 2019 年 4 月に改正入管法施行して外国人労働者受入れ拡大、さらに外国人観光客やグローバルイベントの招致などいわゆるインバウンドを積極的に受け入れていく方針で、外国人は日本の社会を構成する大きな要素となっている。2021 年は新型コロナウイルス感染症の世界的流行によりインバウンド数は 2019 年比 99.2%減少³⁾したが、政府の外国人積極的受入れ方針に変更はない。このような背景のなか、医療の場で多様化する言語への対応が急務とされ、医療通訳体制の整備が喫緊の課題となっている⁴⁾。

しかし、日本では医療通訳に関する法令規定はなく、日本語で意思疎通が難しい患者への文化的・言語的サービスの提供や、医療現場で通訳する者の専門的訓練などは義務づけられていないため、専門の訓練を受けた医療通訳者にアクセスするのは容易ではない。2016 年の厚生労働省の調査⁵⁾では、1,710 の医療機関のうち、2015 年度の一年間に外国人患者を受け入れた病院は、外来は 79.7%、入院は 58.5%であったが、電話通訳を含む医療通訳を利用したことのある医療機関は 12.7 %にとどまった。また、濱井らの全国自治体病院を対象にした調査⁶⁾では、285 病院のうち 84.9 %~97.6 %の病院が過去一年間に外国人患者を受け入れており、日本語ができない患者や家族への対応は患者が連れてきたアドホック通訳者 (にわか通訳者) を利用している病院が 8 割以上であった。この調査では、外国人患者と言葉の問題によるインシデントは 274 病院のうち 13 病院で死亡を含む 17 事例が報告されており、外国人患者数に関わらず、言葉の問題によるインシデント発生リスクがあることを報告している⁶⁾。さらに、医療者は言葉の違いがある外国人患者に対して、積極的にコミュニケーションをとることが難しく、コミュニケーションの質は日本人患者に比べて低いことも明らかになっている⁷⁾。

諸外国における医療通訳制度に関する先進地域では、文化的・言語的に適切な医療サービスの提供に関する法律や規制、ガイドラインが制定されており、言語的・文化的に多様な患者のために、適格な通訳サービスを提供することが求められている⁸⁾。ISO (国際標準化機構) には、医療通訳サービスとは、主に医療従事者と患者の間の安全なコミュニケーションを可能にすること、医療サービスへの言語的アクセスを提供することで、患者の安全を確保するために十分に高い品質である必要があると記されている⁸⁾。医療通訳制度に関する先進国における医療通訳の職業倫理規定 (行動規範) または医療通訳基準には、共通の要素として「正確性」「機密性」「中立性」があげられており⁹⁾、専門の訓練を受けた医療通訳者は、少なくともこの 3 要素を遵守するように訓練されている。医療通訳基準は、通訳者が専門職の職務を果たす過程で行なうべき役割や技能を定義しているガイドラインで、安定した業務の質を保証するもので、同じ言葉を話さない患者と医療提供者の間でメッセージを正確かつ完全に伝達することを満たすための方法、つまり、通訳者が実践において倫理原則を守るための戦略を提供している¹⁰⁾。

日本でも、2010 年頃から医療現場で通訳する通訳者の役割や基準の標準化を目指した動きがでてきたなか、厚生労働省は 2020 年東京オリンピックやグローバルイベントの招致に先立ち、外国人患者受入れ体制整備に取り組み、2014 年度から医療機関における医療通訳・医療コーディネーターの配置支援を開始し、2016 年には「医療通訳育成カリキュラム基準・テキスト」を公開した¹¹⁾。この基準に基づき、英語と中国語を対象に医療通訳者として必要な知識と技能のレベルを評価、認定する医療通訳技能認定試験が実施されている¹²⁾。2019 年に国際臨床医学会により医療通訳に認定制度が発足し、2020 年に「国際臨床医学会認定 医療通訳士®」の認定制度が誕生した¹³⁾。このように日本でも、通訳の質の保証がされた医療通訳者の需要が高まっている。しかし、医療通訳の質を保証する医療通訳基準の実践に関しての課題が報告¹⁴⁾¹⁵⁾されており、医療通訳の質の評価方法について検討する必要がある。

そこで本研究では、通訳者が介在した診療場面を録音して、通訳の正確性や臨床上重大な影響を及ぼす可能性のある通訳について検討した文献から、医療安全かつ適切な疾病管理に寄与する通訳の質の評価方法を検討することを目的とした。

2. 方法

1) 文献検索方法

対象文献は、通訳者が介在した診療場面を録音または録画して、通訳の内容を分析した英語文献とした (検索日: 2022 年 4 月 22 日)。データベースは、PubMed、PsycInfo、CINAHL Plus を用い、"communication barriers"[MeSH Terms]

and "interpreters" and "errors", "communication barriers" and "interpreters" and "accuracy", "communication barriers" and "medical interpretations" or "medical interpretation"でキーワード検索を行った。重複文献を除外して得られた 131 編のうち、基準を満たした文献 16 編と、ハンドサーチで得られた 3 編を加えて、19 編を分析対象とした (図 1)。

2) 文献包含基準・除外基準

包含基準は①通訳者が介在した診療場면을録音または録画してデータを収集した文献、②録音データのコーディングに基づいて分析した文献、③通訳の質を、通訳の正確さや通訳エラー、临床上重大な影響を及ぼす可能性のある通訳から評価した文献とした。除外基準は英語以外の外国語文献とした。

3) 分析方法

分析は、著者 (発表年)・実施国・設定、目的、通訳者の種類・患者/医療者の言語、対象者と対象者数、研究デザイン、主な評価項目、通訳変更のコーディングの種類、データの正確性・信頼性、分析方法について概要をまとめ、通訳の質の評価方法について検討した。さらに、通訳に質に関するコードと定義を種類別にまとめた。

4) 用語の定義

本研究における用語の定義は次のとおりとする。また、表中、文中の邦訳は著者による。

逐次通訳：話し手の発言を区切って、または、話し手がひとくたり話し終わってから、順次通訳していく方式のこと
 原発言：通訳の対象となる元の発言のこと

通訳変更：通訳者が患者または医師が発言した単語やフレーズ、意味を変えて訳出すること

ネガティブ通訳変更：患者または医師にマイナスの影響をもたらす可能性がある通訳変更、具体的には患者と医師の間の誤解の一因となり、診断や治療の見逃しや不正確につながる可能性がある通訳エラー

ポジティブ通訳変更：患者または医師にプラスの影響をもたらした通訳変更、具体的には文化的説明や患者の理解をうながすなどの通訳

临床上重大な通訳変更：通訳変更のうち、治療効果や目標など臨床結果に影響を及ぼす可能性がある通訳変更、ネガティブな影響もポジティブな影響も含む。

プロの医療通訳者：病院または医療通訳サービスを提供する外部機関に雇用され、金銭的な報酬を得ている通訳者、正式な医療通訳トレーニングを受けている通訳者のこと

アドホック通訳者 (にわか通訳者)¹⁶⁾：医療通訳者としての教育やトレーニングを受けていない者で、家族や友人、知人、会社の通訳者、医療従事者などを含む。

コミュニティ通訳者：公的機関において特定の目的のために対面して通訳する一般人のこと、文献[15]の場合はコミュニティヘルスセンター

3. 結果

文献は発表年が古い順に文献[1]~[19]を付して、概要を表 1 に示した。実施国は、アメリカ 14 編、イラン、オーストラリア、スイス、ベルギー、南アフリカがそれぞれ 1 編ずつであった。発表年は 1995 年と 1996 年が 1 編ずつ、2001 年~2016 年が 13 編、2017 年以降が 4 編であった。実際の診療場면을録音している文献は 17 編、模擬診療場면을録音している文献は 2 編で、文献[4][5]の 2 編は同じデータを用いて分析していた。診療科は、小児科 6 編 (プライマリケア 3、癌 2、救急 1)、日常診療 5 編 (うち 1 編は模擬診療)、産婦人科 1 編、精神科 1 編、ICU 家族カンファレンス 1 編、癌 2 編 (うち 1 編は模擬診療) で、大規模研究プロジェクトの一部として調査した文献は 5 編であった。目的は、通訳の正確性の評価[3][6][11][16][17][19]、通訳者の種類別に通訳の質の評価[4][5][9][12][13]、通訳形態別に通訳の質の評価[2][7][14]、临床上に影響する通訳の特徴づけ[8][10]、教育介入の有効性 2 編[1][15]、コミュニケーションの質[18]を明らかにすることであった。通訳者の種類は、プロの医療通訳者が 6 編、アドホック通訳者が 4 編、プロの医療通訳者とアドホック通訳者が 6 編、プロの医療通訳者とアドホック通訳者、通訳者なしの組合せが 2 編、コミュニティ通訳者が 1 編であった。患者の言語はスペイン語が 11 編、複数言語が 5 編、アゼリ語、コサ語、ベンガル語がそれぞれ 1 編ずつで、医療者の言語は英語が 16 編、ドイツ語、ペルシャ語、英語またはアフリカーン

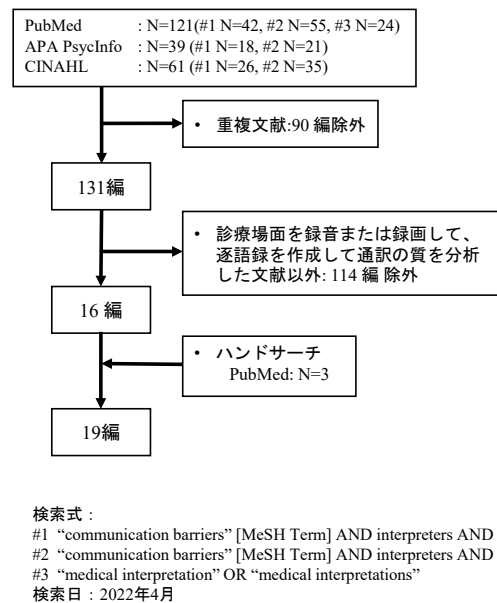


図 1 レビュー論文の選定手順

表1 臨床現場における通訳の質の評価方法に関する文献レビューの概要（その1）

[illegible]

42

表1 臨床現場における通訳の質の評価方法に関する文献レビューの概要（その2）

(注) 邦訳は著者による

表1 臨床現場における通訳の質の評価方法に関する文献レビューの概要（その3）

注) 邦訳は著者による

ス語がそれぞれ1編ずつであった。研究デザインは、全編前向き観察研究で、サンプリングは文献[12]以外は有意抽出法であった。分析対象の診療数は中央値20件、最小値9件、最大値57件であった。

1) 医療通訳の質の評価のための主な評価項目

対象文献において医療通訳の質の主な評価項目は、通訳変更の種類別発生頻度とその内容18編と、臨床結果に影響を及ぼす可能性のある重大な通訳変更の発生頻度とその内容13編、その影響の重大性4編であった。その他では、医師、通訳者、患者・家族による通訳の質の評価2編、医師または患者の発言の意図を伝える通訳者の能力1編であった。さらに、通訳変更が患者・医師間の関係に与える影響を質的アプローチで分析していた文献は、研修医1年目がスペイン語研修後、患者とのコミュニケーションに及ぼす影響[1]、医師と母親の発言数(情報量)と発言内容[2]、正確な通訳と不正確な通訳に寄与するプロセス[3]、通訳者が通訳以外の発言を行う役割交換の影響[5]、親による質問の数(会話の双方向性)[6]、通訳のプロセスを円滑にするプロセス主導型の発言[6]、臨床試験と生活の質に関する話し合いにおいて医師の発言の長さや専門用語の使い方の違い[6]、患者の精神・病理状態の評価への影響[13]、通訳の不正確さが医師・患者間の関係に与える影響[14]、不正確な通訳が発生する背景[14]、複数人数の診療場面において不正確な原因となるコミュニケーション・パターンの特定[15]、エクソソーム解析結果開示における臨床情報への影響[16]、ケアの質として医師・患者間に与える影響を医師のコミュニケーション役割と通訳の発言行動とそれらの影響にわけて分析[18]していた。これらの文献では、医療者と患者の双方向の質問やメッセージが果たしている役割が重要とされ、通訳者による患者または医師が発した質問の省略はコミュニケーションの質を低下させ、医師と患者関係に悪影響を及ぼしていると報告していた。

医療通訳の質に影響を及ぼす因子として、通訳の種類、通訳形態、通訳者の経験年数、過去の医療通訳研修時間、診療の臨床的複雑さが検討されていた。

2) 通訳変更のコーディングの種類と定義、判断基準

医療通訳の質に関するコード名と定義を、正確な通訳、ポジティブな通訳変更、不正確な通訳/ネガティブな通訳変更、臨床的重大な通訳変更の4つに分類して、表2に示した。正確な通訳をコーディングまたは定義していたのは19編のうち8編で、コード名は「正確な通訳(うまくいった通訳)」[3]、「忠実な伝達」[6]、「医学的考えの要点の伝達」[9]、「同等」[11]、「正確な通訳」と「正確な通訳のための質問(発言内容の明確化)」[14][18]、「一致」[16]、文献[5]であった。文献[3]では、通訳上の言語的・対人的エラーがほとんどない、または、とるに足らないエラーで臨床重大ではないエラーの場合は「正確な通訳」として特定し、エラーの発生防止や軽減するプロセスを調査していた。さらに、通訳が正確に医師と患者に伝達されたかを診察後6カ月のカルテ調査により、医師のカルテへの記載や患者の治療への遵守行動を確認して「正確な通訳」を判断していた。文献[5]では文献[4]と同じデータを用いて、通訳の質の評価のために開発したコード19項目に対して、原発言に対する忠実度を4つのレベルでスコア化して評価しており、「良い」と評価された「文字通りの意味(直訳)、または本質的な意味を完全に保持」「意味を完全に保持している言い換え」「文字通りの意味を含む編集」「明確化するための追加」の4項目は正確な通訳に分類された。文献[14]では、質の高い通訳とは、正確な情報を聞き、伝え、コミュニケーションの潜在的な障害に対応することであると定義し、評価者は通訳の全体的な質、臨床医の発言の意図を伝える通訳者の能力、患者の発言の意図を伝える通訳者の能力について5段階評価を行い、さらに、対象の医師と患者による通訳の質に関する5段階評価も行っていた。

他方、不正確な通訳をコーディングしていた文献は1~3段階にわけて分析していた。第1段階で、大きく2つに分類して評価していたのは、文献[1]では会話と理解におけるエラーを「軽微なミス」と「深刻なエラー」、文献[3]では意味が変化した対話を「言語の誤りまたは変化」と「対人関係における葛藤」、文献[6]では「忠実な伝達」と「相違」、文献[7]では「言語エラー(医療関係以外)」と「医療関連エラー(医療に関連するエラーで、臨床上の意思決定や転帰に影響を与える可能性が高いと判断されたエラー)、文献[9]では「医学的な考え(一つの単語、または、単語群、文章、または、文章群のことで、要点が正確に伝達されたか)」と「医学用語(単語・語彙)」、文献[11]では「同等」と「非同等」、文献[14][18]では「正確な通訳」と「不正確な通訳」であった。これらの文献では、通訳エラーのみを分類したものと、正確な通訳と不正確な通訳を分類したものがあつたが、第1段階または第2段階で定量的に通訳エラーをコーディングして、次の段階で通訳エラーが発生した場合に臨床結果に影響を及ぼす可能性のある重大な通訳エラーを特定し、さらに、その影響の重大性を評価していた。第1段階または第2段階で、定量的にエラーコーディング分析をしていた文献のうち13編が、「言い足し(Addition)」「訳し落とし/情報の欠如(Omission)」「言い換え(Substitution)」に相当する3分類を共通して用いていた(表2)。文献によっては、これらの3分類に加えて「訳出誤り(False fluency)」「意見の導入(Editorialization)」「患者または医師のために回答(Answers for patient/clinician)」など様々なコードがコーディングされていた。

次に、臨床的影響の可能性のある通訳変更を報告した文献には、ネガティブの影響のみ、または、ネガティブと

表2 通訳の質に関するコード名と定義 (その1)

コード名または評価対象	定義または説明	文献番号
Accurate interpretations 正確な通訳		
Faithful echo 忠実な伝達	原発言の内容と意味をうまく伝えたすべての通訳	[6]
Equivalent 同等	原発言と同等か	[11]
Accurate interpretation 正確な通訳	医師/患者が発した単語/フレーズを正確に通訳する	[14][18]
Asks for clarification to ensure accurate interpretation 正確な通訳を確実にするための説明の要請	正確な通訳を確実にするために医師/患者に追加の質問をする	[14][18][5][11]
accordant 一致	同等の意味のスペイン語の用語が使用された、または、用語の意味が正しく伝わった	[6] ^a [16]
Literal or fully preserves essential meaning 文字通り、または本質的な意味を完全に維持(原文の意味に最も忠実なカテゴリ)	Good ^b , 必ずしも直訳を意味するものではない。一般的な表現を直訳しても同じ意味にならない場合があること、直訳されたスペイン語が過度に堅苦しく聞こえること、スペイン語の文法はより複雑であるため英語に正確に対応するものがない場合があること、など	[5]
Paraphrase fully preserves meaning 意味を完全に維持した言い換え	Good ^b , 自然な表現、慣用的な表現にとどまらず、概念の順序を変えたり、視点を変えたり、出典とは異なる表現を用いたり、表現方法を変えながらも、重要な意味を保持すること	[5]
Edited report contains literal content 文字通りの内容を含んだ編集行為	Good ^b , 通訳エラーを意味するものではなく、繰り返しや誤った通訳を省略し効率的であると正当化された場合	[5]
Edited report with clarifying addition 明確化のための追加を伴う編集行為	Good ^b , 省略されたり、曖昧な表現に対して、不足する情報を追加して明確にした場合	[5]
Accurate interpretation 正確な通訳(successful interpretations うまくいった通訳)	通訳上の誤りがほとんどない、あるいは取るに足らない誤りであった場合	[3]
Communicated the medical concept's gist 医学的考えの要点が伝達された	一字一句の通訳であろうとなかろうと、医学的考えの要点が伝われば、「正確に伝わった」と判断	[9]
Positive alterations ポジティブな通訳変更		
[Information 情報] Increase explicitness of prognosis 予後の明示性の増大	通訳が予後に関して臨床医や家族が暗示していることを明示的に述べる	[8]
[Information 情報] Increase clarity 明確性の増大	通訳が医療専門用語を分かりやすく言い換える	[8][11]
[Emotional support 共感的支援] Increase empathy 共感を高める	通訳者は、臨床医が話す内容を変更し、より共感を得られるようにする	[8]
[Rapport 人間関係] Increase clinician authority 臨床医の権威の増大	通訳者が、臨床医がある情報を知っている、または成功しそうな治療法を知っていると誤って伝えてしまう	[8]
[Rapport 人間関係] Less harsh 過酷さを軽減	通訳のミスにより、臨床医や家族のコメントが軽く聞こえたり、不快に感じたりする	[8][11]
[Clinically significant alterations 臨床的に重大な通訳変更]	病状や状況のより良い理解に貢献する通訳	[10]
Corrected or clarified information 情報の修正または明確化		
Message simplified メッセージの簡略化(平易化)	例のみで定義の記載なし	[11]
Comforting, reduced impact 快適性、衝撃の軽減	例のみで定義の記載なし	[11]
Inaccurate interpreter/ Interpreter errors/ Negative alterations 不正確な通訳/ネガティブな通訳変更		
Minor errors in speaking and understanding Spanish 軽微なミス	文法や語彙などのミスを含むが、質問や応答の大体の意味は患者に理解されている。医師と患者との間の質問や応答の要点を医師が概ね理解している場合	[1]
Major errors in speaking and understanding Spanish 深刻なエラー	患者または医師が理解できなかった質問や応答があった場合、または、両者がさらに会話することによっても明確にできなかった場合	[1]
医師による発言[Questions 質問][Instructions 指示]	医師と患者の発話のみ記録、「質問」とは、子どもや家族、家庭生活について	[2]
[Explanations 説明][Requests for clarity 明確化のための要求]	医師が尋ねる言葉を指す	
Omission /omitted 訳し落とし/情報の欠如	通訳者は、臨床医、親、または子供が発した単語/フレーズを訳しなかった ^c	[2][4][5] ^d [7] ^e [8][10] ^f [12][13][14][15][16][18][19]
Addition 言い足し	通訳者は、臨床医、親、または子供が発しない単語/フレーズを言い足して訳出した ^c	[2][4][5] ^d [7] ^e [8][10][12][13][14][15] ^f [18][19]
Substitution /Change of meaning /Misinterpreted /Mistranslation 言い換え	通訳者は、臨床医、親、または子供が発した単語/フレーズを別の単語/フレーズに言い換えて訳出した ^c	[2][4][5] ^d [7] ^e [8][10] ^f [12][13][14][15][16][18][19]
False Fluency /訳出誤り	通訳者が間違った単語/語句、またはその言語に存在しない単語/語句を使用して訳出した ^c	[4][5] ^d [7] ^e [8][10] ^f [12][13][14][15][18]
Editorialization 意見の導入	通訳者は、臨床医、親、または子供が発した単語/フレーズの通訳として、通訳者自身の個人的な見解(意見)を伝えた ^c	[4][10][12][14][15][18]
Editorialization 複数のエラーを含む	Addition, Omission, Substitutionのエラーが2つ以上含まれる	[8]
Inaccurate interpretation 不正確な通訳	言語的・対人的エラーが繰り返し発生する、あるいは少なくともその大半は修正されないままであるような場合	[3]
Language errors or changes 言語エラーまたは言語変化(言語的エラー)	文化的慣習(食習慣、社会的関係、症状の意味に関する民族的信念、先住民の治療者の利用など)への言及の欠如や意味上の問題(あいまいさ、翻訳不可能な用語、医療専門用語、言い換えや編集ミス、条件文の限定的副詞や形容詞を省略した通訳)が含まれる	[3]
Interpersonal conflicts 人間関係上の葛藤(対人的エラー)	通訳者または医師が患者に対して信頼や敬意を払っていないことを示唆する行動パターン	[3]
①Lack of trust and/or respect toward the patient by either the interpreter or physician 通訳者または医師による患者への信頼や敬意の欠如を示唆する行動	議論の方向性をめぐって葛藤する行動パターンで、参加者が一連の話しや質問を2回以上行い、その問題が議論されず解決されなかった場合に生じる	[3]
②Conflicts over control of the direction of the discussion 議論の方向性をめぐり対立を示唆する行動		
Attempted literal, inconsequential syntax error etc. 文字通りの試み、重要でない構文エラーなど	Fair ^b , 重要でない文法的誤りや使いにくい語彙(言い換え)	[5][1]
Report or paraphrase with minor omission or substitution とるに足らない省略または置換を伴う行為または言い換え	Fair ^b , 文字情報を省略する場合、その省略の意義はほとんど明らかでない場合	[5]
Edited report with addition 言い足しの編集行為	Fair ^b	[5]
Attempted literal with consequential language error 結果的な言語エラーを伴う直訳の試み	Poor ^b , 結果的に生じた省略	[5]
Edited report with significant omission 大幅な省略を伴う編集行為	Poor ^b , 文字情報を省略する場合、その省略に実質的な意義がある場合	[5]
Edited report with addition changing meaning 意味を変える追加を伴う編集行為	Poor ^b , 追加した情報が誤りであった場合	[5]
Edited report with substitution 言い換えを伴う編集行為	Poor ^b , 結果的に生じた言い換え	[5]
Edited report with multiple omit, substitution, and/or addition 複数の省略、置換、および/または追加を含む編集行為	Poor ^b , 1つのセグメントの翻訳には、複数の追加、省略、置換が含まれる	[5][8]
Essentially false report or fabrication 本質的に虚偽の報告または捏造	False or none ^b , 通訳者が様々な動機から、翻訳と称して原語に全く根拠がないものを提供する	[5]
No translation 通訳なし	False or none ^b	[5]
Not applicable, attempting same language, poor communication 該当なし、同じ言語を試す、コミュニケーションが不十分	False or none ^b , これらの試みが十分に理解されたという証拠がない場合や、明らかに失敗しているにもかかわらず、通訳が介入しなかった場合	[5]
Attempted translation with no meaningful content 意味のない内容で翻訳を試みた	False or none ^b , 言語能力が低い、言葉が不明瞭、フレーズが完成していない、重要な文脈を提供できていないなどの理由で、本質的に意味のない通訳を試みている場合	[5]

邦訳は著者による。a: [6] 質分析結果、b: 原発言に対する忠実度4段階評定 good, fair, poor, and false or none, c: Flores et al. (2003) の定義を代表として記載、d: [5] 細分化している、e: [7] 言語エラー(医療関係以外)、f: [10] 医学上重大な言語的変更、g: [15] 細分化している

表2 通訳の質に関するコード名と定義 (その2)

コード名または評価対象	定義または説明	文献番号
Divergences 相違	Faithful echo以外の通訳	[6]
Medical errors (meaningful linguistic errors with medical information)	臨床上の意思決定と結果に影響を与える可能性が高い場合に臨床的に重要であると見なされた	[7]
医療関連エラー		
[Information 情報] Decrease explicitness of prognosis 予後の明示性の減少	通訳者が臨床医・家族による予後について暗黙のうちに明言する	[8]
[Information 情報] Decrease clarity 明確性の減少	通訳者が医療専門用語を変更して不明確にする	[8]
[Information 情報] Changes understanding 理解の変化	患者の疾病、治療、予後の理解に影響を及ぼす可能性のある情報のエラー	[8]
[Information 情報] Increase level of certainty 確実性の増大	通訳ミスにより、臨床医が「可能性がある」と発言しことが「確実」に変わってしまう	[8][11]
[Information 情報] Decrease level of certainty 確実性の減少	通訳ミスにより臨床医が「確実」と発言したことが「可能性がある」に変わってしまう	[8][11]
[Treatment decision 治療意思] Loss of clinician view 臨床医の視点の喪失	通訳者が、医療チームの治療に関する推奨事項や目標を伝えていない	[8]
[Treatment decision 治療意思] Loss of surrogate decision making 代理意思決定の喪失	患者が望むことをすることに重点を置いていることが伝わってこない	[8]
[Treatment decision 治療意思] Loss of family's point of view 家族の視点の喪失	通訳者が、家族の希望や不安、患者のケアに対する考え方などを伝えられない	[8]
[Treatment decision 治療意思] No explanation of plan 治療計画の説明なし	プランに関する情報を紛失または変更した場合	[8]
[Treatment decision 治療意思] Increase in hope 希望を高める	治療に対する家族の希望や楽観性を高める可能性のあるエラー	[8]
[Treatment decision 治療意思] Decrease in hope 希望を低下させる	治療に対する家族の希望や楽観性を低下させる可能性のあるエラー	[8]
[Treatment decision 治療意思] Decrease empathy 共感を低下させる	通訳変更により、臨床医や家族のコメントがより耳障りまたは攻撃的でないよう聞こえる	[8]
[Emotional support 共感的支援] Loss of emotional nuance 共感的なニュアンスの喪失	通訳者が臨床医の話す内容を変えてしまい、共感が得られなくなる	[8]
[Rapport 人間関係] Decrease clinician authority 臨床医の権威の低下	通訳者は、臨床医が情報を知っている、または、成功しそうな治療法を持っていると誤って伝えしまう	[8]
[Rapport 人間関係] More harsh 過酷さの増大	通訳のミスにより、臨床医や家族のコメントがより厳しく、または攻撃的に聞こえる	[8]
[Rapport 人間関係] Loss of sense of collaboration 協働意識の喪失	通訳者が、意思決定や責任を共有することを促すような言葉を伝えていない	[8]
[Rapport 人間関係] Loss of appreciation 感謝の喪失	臨床医・家族の相手への感謝の気持ちを通訳が省く	[8]
[Interpretation of questions 質問の通訳] Loss of question 質問の喪失	通訳が家族・医師の質問を伝えていない	[8]
Medical concepts 医学的考え	Concepts that are not accurately conveyed are recorded as errors. 医学的コンセプト (考え) の要点が正確に伝達されていない (概念エラー)	[9]
Medical terminology 医学用語	医学単語 (語彙)	[9]
[Nonequivalent 非同等] No change-① Meaning unchanged 意味の変化なし	例のみで定義の記載なし	[11]
[Nonequivalent 非同等] No change-② Insignificant information omitted とるにたらない情報の省略 (重要でない)	例のみで定義の記載なし	[11]
[Nonequivalent 非同等] Potentially negative change-① More certain than original message 原発言よりも確実性が高い	例のみで定義の記載なし	[11]
[Nonequivalent 非同等] Potentially negative change-② Less certainty or emphasis than original message 原発言よりも確実性または強調性が低い	例のみで定義の記載なし	[11]
[Nonequivalent 非同等] Potentially negative change-③ Euphemistic 婉曲的	例のみで定義の記載なし	[11]
[Nonequivalent 非同等] Potentially negative change-④ More authoritative or parentistic より権威的または父権的	例のみで定義の記載なし	[11]
[Nonequivalent 非同等] Potentially negative change-⑤ Misinformation given 誤った情報の提供	例のみで定義の記載なし	[11]
Answers for patient or clinician 臨床家/患者のために答える	臨床家/患者のために答える	[14]
Adding clarification 明確化のための追加	記載なし	[15]
Adding question 質問の追加	記載なし	[15]
Adding information 情報の追加	記載なし	[15]
Medical terminology 医学用語	記載なし	[15]
Explanation 説明	記載なし	[15]
Cultural interpreting 文化的な通訳	記載なし	[15]
Conversation overlap 会話の重複	記載なし	[15]
Misinterpreted 誤った	同等の意味ではないスペイン語の用語が使用された、または、用語の意味が誤って伝わった	[16]
Omitted 不完全な情報/情報の欠如	同等のスペイン語の用語を使用されなかった、かつ、用語の意味も伝わらなかった	[16]
Exchange of bio-medical information 医学的情報に関する交換	例) 診療情報の提供と質問	[17]
Exchange of psychosocial information 心理社会的なことにに関する情報交換	例) 生活や心理社会的な情報の提供と相談	[17]
Affective talk 感情的会話	例) 安心、批評、感謝を求める、または、与える	[17]
Instrumental talk 道具的会話	例) 明白な組み立て、相槌での対応、オリエンテーション、患者の意見や許可を求めるなど	[17]
Mistranslation 間違った通訳	患者・医師が表現したことに対して、通訳が間違った言葉やフレーズを使用すること	[19]
Potentially clinically significant alterations 临床上重大な通訳変更(潜在的可能性)		
Medically significant mistakes 医学的に重大なエラー	誤診、診断の長期の遅れ、または不必要な追加検査のオーダー	[1]
Potential clinical consequences 临床上重大なエラー、通訳エラーは臨床的影響を及ぼす可能性があると判断	臨床的影響を及ぼす可能性があるとして判断された通訳エラーで、1) 現在の病歴、2) 過去の病歴、3) 診断や治療介入、4) 子どもの病状に対する親の理解、5) 今後の受診計画 (経過観察、専門医の紹介を含む)、など1つ以上に変更があった、または変更の可能性がある場合	[4][12]
Clinically significant errors/Clinical significance of interpretation errors 临床上重大なエラー	医学的エラー、医学的概念エラーまたは通訳エラーのうち、臨床上の意思決定や結果 (例: 診断、治療、経過観察の理解) に影響を与える可能性が高い場合	[7][9][14][18]
The severity of the potential clinical consequences 临床上重大なエラーの影響の重大性 (可能性)	エラーが医学的に関連すると判断された場合、起こりうる臨床的影響の重大性の4段階評定 (軽度、中等度、高度、生命を脅かす可能性がある)	[7][9]
Potentially clinically significant alterations 临床上重大な通訳変更 (可能性)	ICUの家族会議の一般的な目標を阻害または強化する可能性がある場合、研究者はその通訳変更を臨床的に重要である可能性があるとして判断された場合	[8]
Clinically significant alterations 临床上重大な変更	患者や医療者が交換した情報のうち、病歴、診断、治療計画、患者教育などに影響を与え、臨床結果に影響を与える可能性のある自明でない変化と定義、ポジティブ: 病状や状況のより良い理解に貢献する通訳、ネガティブ: 患者と医師の間の誤解を招き、診断や治療の見落としや誤りにつながる可能性がある	[10]
Potential impact of that change 临床上潜在的影響のある変更	原発言と非同等で、その変更点が临床上潜在的に影響するもの	[11]
Clinically significant errors 临床上重大なエラー	患者に関する臨床的判断に影響があるエラー/患者の精神的な病状をより悪化させたか、または、より軽減させたかを評価	[13]
The severity of the potential clinical consequences 临床上重大なエラーの影響の重大性 (可能性)	通訳エラーが臨床上の意思決定や結果 (例: 診断、治療、経過観察の理解) にどの程度影響するかを4段階評定 (影響なし、軽度、中等度、高度)	[14][18]
The errors with significant effects 临床上重大なエラー	診断や治療に重大な影響を及ぼす誤りを、医学的専門性に基づいて特定するよう求めました	[19]

邦訳は著者による。a: [6] 質分析結果、b: 原発言に対する忠実度4段階評定 good, fair, poor, and false or none, c: Flores et al. (2003) の定義を代表として記載、d: [5] 細分化している、e: [7] 言語エラー (医療関係以外)、f: [10] 医学上重大な言語的変更、g: [15] 細分化している

ポジティブの影響を報告した文献があった。前者では、文献[1]が誤診や診断の長期の遅れ、または不必要な追加検査のオーダーを基準に判断、文献[4][12]が①現在の病気の病歴②過去の病歴③診断的または治療的介入④子供の病状についての親の理解⑤将来の医療訪問の計画（フォローアップ訪問および専門医の紹介を含む）のうち 1 つ以上に変更または変更の可能性があった場合にカウント、文献[7][9][13][14][18][19]が臨床上の意思決定や結果（診断、治療、経過観察の理解など）に影響を与える可能性が高いと判断された場合であった。さらに、文献[7][9][14][18]では、起こりうる臨床的影響の重大性の程度を「臨床上重大ではない」「軽度」「中等度」「高度」「生命を脅かす可能性がある」にわけて評価していた。

後者では、文献[8]が ICU 家族カンファレンスの目標を阻害または強化する可能性があるかと判断された場合にネガティブとポジティブに分類した。医療チームのための目標は①患者の診断、予後、治療に関する情報を伝える②患者が治療に望むことを家族から聞き出し、協力計画を立てる③家族を精神的にサポートする④家族とラポールを築く、などで、家族のための目標は①患者の診断、予後、治療に関する情報を得る②患者の代理決定者として行動する③チームとの信頼関係を構築するで、通訳変更がこれらの目標に影響を及ぼす分類を大きく「情報」「治療決定」「共感的支援」「信頼関係」「質問の通訳」の 5 つに分類し、その中でネガティブとポジティブに細分類していた。文献[10]では、プライマリケアの場面で、臨床結果に潜在的な影響を及ぼした、患者または医療者による情報交換における重大な変更として、病歴、診断、治療計画、または患者教育に影響を与えることによって臨床結果が変化する通訳変更と定義し、ポジティブは病状や状況のよりよい理解に貢献する通訳で、ネガティブは患者と医師の間の誤解の一因となり、診断や治療の見逃しや不正確につながる可能性がある通訳の場合に分類されていた。文献[11]では病院での難治性がん診断後の場面で、「非同等」の通訳がもたらした結果を、「変更なし」（意味に変更なし、省略された重要でない情報）と「ポジティブな変更」（元のメッセージより確実性の増加、または、確実性・強調性の低下、情報の修正・明確化、メッセージの平易化、安心感の提供、影響度の軽減）、「潜在的なネガティブな変更」（元のメッセージより確実性の増加、または、確実性・強調性の低下、婉曲的、より権威的または父権的、誤った情報の提供）の 3 つに分類されていた。

このように、通訳変更による臨床的影響は、生物医学的な影響、医師と患者関係への影響、患者の理解や安心をうながす影響に分類された。

3) データの正確性・信頼性の検討方法について

逐語録の正確性ならびに通訳変更のコーディングに関するコーダー間評価の信頼性について、すべての対象文献においていずれかの記載があった（表 1）。

まず、逐語録については[2][19]以外の文献に記載があった。逐語録の作成者は、プロの医療通訳者、外国語のネイティブ話者、著者ら研究者（医師を含む）、研究員、プロのトランスクリプションリスト、バイリンガルの医学言語学者の 1 人～2 人が担当し、外国語部分を分析対象言語に翻訳していた。最終的な分析用の逐語録は文献[20]以外は英語で作成されていた。逐語録の正確性と信頼性を確認していた文献は 12 編であった。主な逐語録の確認者はバイリンガルの翻訳者、通訳者、著者ら研究者（医師を含む）、社会学者の 1 人～3 人が担当し、録音テープと逐語録または外国語翻訳の部分と比較して、確認していた。詳細な記載のあった文献[6]では逐語録の英訳部分の翻訳者間信頼性は約 85%で、意見の不一致は翻訳者 2 人と研究代表者の話し合いで解決していた。また、文献[17]では逐語録を確認した 2 人の意見が一致しない場合は、別の専門家に意見をもらい、それでも内容が不明瞭な場合は、ドイツ語に堪能な医師と臨床心理士に相談して解決していた。

次に、通訳変更や原発言の意味の変更のコーディングに関するコーダー間評価の信頼性についてはすべての文献に記載されていた。コーダーは 2 人～4 人で、プロの医療通訳者、ネイティブ話者、バイリンガルの著者ら研究者（医師を含む）、翻訳者、社会学者、医療者などが担当していた。コーダー間評価の信頼性は、統計量で検討後に意見の相違について話し合いで解決していた文献が 7 編、合意に達するまで話し合いで解決していた文献が 7 編、統計量を用いて検討していた文献が 5 編であった。統計量と話し合いで検討していた 7 編は、2 人以上のコーダーが独立してコーディングし、合意マトリックスによる一致率を算出してコーダー間信頼性を検討し、意見の相違はコーダー間またはシニア研究者を加えて協議して解決していた。話し合いのみで解決していた 7 編のうち 5 編は 2 人以上のコーダーが独立してコーディングし、意見の相違について協議して解決していた。残り 2 編はディスコース分析手法を用いており、著者ら 4 人で共同してコーディングしていた。統計量のみで検討していた文献 5 編のうち、文献[2]は研究の目的や主要評価項目など詳細を知らされていない 2 人のコーダーが 35%の録音テープをコーディングして、コーダー間の級内相関係数（ICC）を算出、文献[11]は 3 人のコーダーが診療場面を無作為に選んだ 10%の診療場面をコーディングして、評価者間と評価者内について同等に通訳された発話単位の平均割合を算出、文献[19]は 2 人のコーダーがすべての診療場面を評価して、分類別に κ 係数を算出していた。文献[17]は 2 人のコーダーが 19 診療場面のうち 2 場面について、発話総数、話者別総発言数、カテゴリ別総発言数の一致率を算出して検討していた。信頼性の

ための検討数の記載が明記されている文献は 7 編であった。

次に、臨床に重大な影響の可能性がある通訳変更について検討していた文献では、臨床に重大な影響を及ぼす通訳やその重大性を判断する評価者は著者らが担当しており、13 編のうち医師が 10 編、医師以外の研究者が 1 編、記載なしが 3 編であった。臨床にエラーまたは重大性のコーディングのコーダー間信頼性を検討していたのは 2 編で、文献[4]では 3 人のコーダーが 13 ケースのうち 2 ケースを別々にコーディングし、 κ 係数で検討し、評価者間の不一致は話し合いで解決、文献[5]では 2 人のコーダーが 13 ケースのうち 3 ケースを別々にコーディングし、ICC で評価していた。

4) 分析方法

分析方法は、量的分析が 10 編、量的分析と質的分析の組み合わせが 7 編（うち 1 編は混合研究法）、質的分析が 2 編であった。量的分析 17 編のうち 8 編は、通訳変更数の発生頻度に関する記述統計量のみの算出であった。通訳変更数カウントの分析単位は、逐次通訳した発言セグメント（以下、発言セグメント）あたりが 8 編、診療あたりが 4 編、その他が 6 編であった。

通訳変更に関するコーディング・スキームは、先行研究をそのまま用いた文献が 7 編、先行研究を参考に修正または質的アプローチを用いて開発していた文献が 11 編であった。いずれもコード名の定義は明記されており、客観的基準を設定し、データの正確性・信頼性を検討したうえで分析していた。また、エラーカウントの分析単位は文献ごとに異なっており、一つの分析単位に一つのエラーのみを割り当てていた文献や複数のエラーを割り当ててカウントしている文献など様々であった。文献[5]では「消極的肯定」「悪い」「誤りまたは忠実ではない」の分類が不正確な通訳に該当するが、この方法では対話者かどうかが通訳の質に影響するので、臨床に重大な影響をもたらす可能性がある通訳エラーをとらえることができていなかった。また文献[17]では、Rotter Interaction Analysis System(RIAS)を用いてコーディングし、医療者と患者による原発言と通訳者による訳出との一致を分析していた。この分析では分類別に発話数のみを比較しており、通訳内容が正確であるかは言及していなかった。

4. 考察

1) レビューした文献から構造化した医療通訳の質の評価の概念枠組み

本研究では、臨床現場における通訳の質を、医療者、患者・家族、通訳者の会話を録音して、原発言と訳出された通訳を比較して、正確な通訳または不正確な通訳として評価した文献を分析対象とした。

レビュー論文における医療通訳の質の評価の概念枠組みを図 2 に示した。医療通訳の質の評価は、正確な通訳、臨床にポジティブな通訳変更、不正確な通訳としてネガティブな通訳変更と臨床に重大な通訳エラーの 4 つの評価項目で構成された。

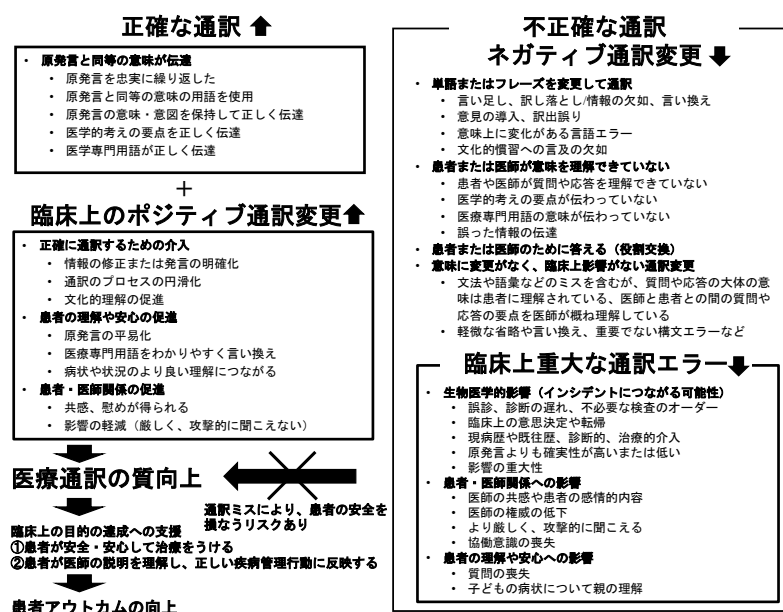


図 2 レビュー論文における医療通訳の質の評価の概念枠組み

本研究において正確な通訳としてコーディングしていた文献 8 編は、原発言と比較して、同等の意味の用語が使用されたか、同等の意味が相手に正しく伝えられたかが評価されていた。これらの文献のうち、実際の通訳が正確に医

師または患者に正確に伝えられていたかを確認していた文献は2編で、診察後の問診と患者インタビューや、診察後6カ月のカルテ調査によって、医師の伝えたいことが患者にきちんと伝わっているか、正しい疾病管理行動に反映されているかで判断されていた。このように、正確な通訳を判断するための説明的裏付けとなる調査結果は、医療通訳の質の評価の妥当性をあげると考える。さらに、正確な医学用語の伝達については、癌に関する診療や告知などの場面[6][9][16]において、通訳者が正確な医学用語ではなく文字通りの非医学用語で情報を通訳した場合、情報の医学的意味の変更を招く可能性があることが明らかになったため、医療通訳者は医学専門用語と同等の対象言語を使用する必要があると考える。しかし、医学専門用語は難しく、患者の理解をうながす支援も必要である。文献[6]で、患者・家族からの質問の形で双方向の会話は医師の発言を短くし、専門用語をわかりやすく説明することにつながるということが明らかになったため、医師・患者間の情報量の違い、患者・家族からの質問数や質問内容を調べることは、医療通訳の質の評価項目に反映できると考える。

ポジティブな通訳変更については、医療通訳基準における「正確性」と「中立性」に対する逸脱行為ではないかとの議論がある¹⁷⁾¹⁸⁾。海外だけでなく日本においても、通訳者はコミュニケーションの調整やケア的役割を担うなどの介入を行っており、通訳実践と通訳倫理のギャップに通訳者はジレンマに陥ることが明らかにされている¹⁹⁾。また、新崎(2011)²⁰⁾は、医療通訳者が医療通訳基準における「不変・不介入原則」から逸脱する行為を主体的に行うときは、通訳の利用者の利益に貢献しようという動機から行われ、その結果は利用者や同僚から前向きに評価されていると述べている。ネガティブ通訳変更の通訳エラーで共通していた分類は、「言い足し」「訳し落とし/情報の欠如」「言い換え」の3つであった。歴史的にもこれらの3つの分類が一般的である²¹⁾。NCIHCの医療通訳基準(2005)¹⁰⁾には、“Accuracy”が最初の項目で「通訳者はすべてのメッセージを、追加、省略、置換することなく、正確かつ完全に通訳する」と明記されており、臨床の場では情報の正確な伝達のための戦略として、これら3つの分類が通訳エラーの判断基準になっていると考えられる。NCIHCの医療通訳倫理規定(2004)²²⁾の解説にも同様に、元のメッセージを省略したり、追加したり、歪曲したりせずに伝えることが必要であると明記されている一方で、文化的文脈を理解して、意味の相互理解に到達するために当該者を支援する義務があるとされており、文化的な要素を加味した上で正確性は医療通訳者の特徴といえる。このように臨床現場での通訳は、通訳者、医師、患者・家族の間に相互作用が起こるため、文化の仲介者や文化の相談役を含む複数の複雑な役割が求められている²³⁾。医療通訳者の経験を調査した研究¹⁴⁾では、通訳者は医療通訳基準を重視している一方で、医療者の発言に加えて説明や情報を提供しなければいけないといった行為がよくあると報告している。医療通訳者は、正確に通訳するために曖昧な理解やなじみのない医療用語を明確にすると、患者が理解していないサインを発したとき、患者のアドボケートや理解の促進、患者と医療者との関係を維持するときに、通訳者主導で改善を目的に介入していた¹⁴⁾。本研究においても「正確に通訳をするために発言内容を明確にする質問」は、臨床上プラスの効果、または、正確な通訳に分類されており、文献[6]でも通訳者主導の介入は通訳の正確性を向上し通訳のプロセスを円滑にすることが明らかになっており、必要な介入と考える。また、文献[8]では、患者の病状や状況の理解の促進や家族カンファレンスの目標の強化、共感的支援の提供、医療用語の明確化、医師と患者・家族間の関係の改善の可能性が示された場合など、患者が安心して医療者に相談できるように支援する行為もプラスの効果とみなされていた。また、プロの医療通訳者はゲノム検査のような専門的で複雑な結果を伝えるときに共感的言語ツールを使って、結果の伝達をよりわかりやすく、個別化し、支援していたことも報告されている²⁴⁾。これらのことは、通訳の役割は単に通訳することだけではなく、相互行為における通訳者の関与が治療目標の達成に貢献することを示唆しており、本研究でこのような通訳変更をポジティブにコーディングしていた文献を支持すると考える。

不正確な通訳としてネガティブな通訳変更については、元の発言を変更して訳出された通訳エラーと、臨床上重大な影響を及ぼす可能性がある通訳エラーとで構成された。通訳エラーの分析対象は医療用語、慣用表現、文脈上の説明に起因する通訳の逸脱や、文化的説明や患者または家族の用語として通訳された発話や、言語的に必要な小さな変更は通訳エラーとして分類しない方法[4][6][12]、文法や語彙などのミスは含むが質問や応答の大体の意味が患者に理解されている通訳を軽微なミスとして分類する方法[1]、すべての通訳変更についてコーディングした上で臨床上への影響を評価する方法[8][14][18]と様々であった。これらのことから、通訳変更には臨床上影響しないものもあり、その通訳変更が必要な変更なのか、ミスではあるが許容可能な変更なのか、コーディングするのか、しないのかなど、文献によって異なることがわかった。また、すべての文献においてデータの正確性・信頼性の検討はされていたが、その方法は異なり、通訳変更の対象が単語、フレーズ、文の単位と様々で、通訳変更のコーディング方法や分析単位も異なっていた。そのため、複数の文献間で通訳変更の分類別発生頻度を比較するときは留意が必要と考える。次に、臨床上重大な影響を及ぼす通訳変更やその重大性を判断する評価者は、臨床経験者が複数で担当し、意見に相違があったときには、シニアの医療関係者に意見を求めることが望ましいと考える。

対象文献では、通訳の質を定義していたのは1編のみで、通訳変更のコーディングでも、文献によってアプローチ

が異なり、同じコード名でも、ネガティブにとる文献とポジティブにとる文献があり、判断するには内容を確認する必要がある。通訳者が介在した診療において重要なことは、単に通訳者が「エラー」を起こしたかということだけではなく、その診療における目的が達成されるかどうかであり、通訳の評価はその目的の達成を支援するか妨害するかを確認することが重要である²⁵⁾。実際に、医療通訳基準からの逸脱する行為としては、通訳者が医師・患者間のコミュニケーションをコントロールしたり、医師や患者・家族の代わりに答えたりする役割交換のような不適切な介入も明らかになっている^{26) 27)}。そのため、通訳変更が臨床アウトカムを達成するために必要な介入なのかを見極めることが必要と考える。今回のレビュー論文では、主に医療者または医療のバックグラウンドがある研究者がアウトカムを予測して、通訳変更の臨床的影響の可能性について話し合いで判断していた。したがって、実際の通訳現場では、通訳変更の臨床的影響の可能性を判断するのは医療者と考える。また、レビュー論文におけるアウトカムの観察項目には、診療中であれば、質問が促された（質問の数が増える）、患者の理解を促した、患者が安心して医療者と話せるようになった、コミュニケーションがより円滑になった、医療者と患者の信頼関係の構築につながった、患者の満足度に繋がった、診療後であれば、患者の適切な治療管理に繋がったなどがあげられていた。これらの結果は、臨床現場においては医療者の注意深い観察によって判断することが可能なことを示唆しており、通訳者が医療チームの一員として、チーム内で介入情報を共有し議論することも判断に役立つと考える。

以上のことから、医療通訳の評価方法は、「エラー」のカウントだけではなく、臨床上重大な通訳変更を特定し、医療安全かつ適切な疾病管理を支援（ポジティブな通訳変更）するか妨害（ネガティブな通訳変更）するかの内容分析を行なうことが必要と考えられる。本研究でも、定量的に評価された結果を説明するために質的アプローチを用いており、医療通訳の質を評価する方法は、量的データと質的データを組み合わせた研究デザインが有用と考える。

2) 対象論文における限界と意義

診療場面を録音して分析することは、実態に近い結果が得られ、言語通訳に関連する相互作用のプロセスや個人の行動についてより詳細な分析ができる点で意義がある一方、限界も多い。対象文献の方法論的限界は、倫理的配慮において複数の手順が必要で、医療機関、医療者、患者・家族、通訳者のすべてに同意が必要であること、対象者のリクルート方法として無作為抽出が難しいこと、サンプル数も比較的少なく一般化が難しいこと、逐語録ベースのコーディングと分析には多大な時間と資源、労力を要すること、通訳変更が及ぼす臨床的重大性について判断する方法はあくまでも推定であること、などが考えられる。しかし、どの文献においてもデータの正確性・信頼性をあげる検討をしており、コーディングは客観的基準を設定してコーダー間信頼性を検証し、臨床上重大な影響を及ぼす通訳変更やその重大性は臨床経験に基づいた判断が通常であると考えられる。これらのプロセスを経ることで、実際の診療場面に近い結果が得られることは、実践への示唆が得られ、政策的な提言に有用であると考えられる。

3) 本研究の限界

本研究では、通訳者が介在した診療場面の録音データを通訳変更のコーディング・スキームに基づいて通訳の正確性を分析した文献を対象としたが、キーワードを絞ることが難しかった。そのため、対象文献を網羅できていない可能性がある。また、対象文献は比較的発行年数が古くアメリカに多い。この背景として、2000年に米国で文化的・言語的に適切な医療サービスのための国家基準（CLAS）が発表され、それを基に文化と健康のより広い定義を採用した基準が2013年に発表された²⁸⁾ことで、政策的にプロの医療通訳者の活用を推奨する研究が2000年前後に多くなされたと考える。医療通訳はISOの国際規格（ISO 21998）⁸⁾になったので、医療通訳の質の基準はユニバーサルで、医療通訳の質の判断に文化差はないと考える。レビュー論文の方法論は、様々な限界があるものの、実際の臨床現場における医療通訳の質の評価方法に有用であり、得られた結果は医療通訳基準を検討するときの基礎資料になると考える。

5. 結語

通訳者が介在した診療場面を録音して、通訳の質を通訳の正確性や臨床上重大な影響を及ぼす可能性から検討した文献は19編あり、質的アプローチでコーディングして通訳の質を評価していた。結果の客観性をあげるためには、コーディングにおいて、コーダー間信頼性を検討し、不一致については協議で合意する必要があることがわかった。本研究で明らかとなった評価方法は、研究内において通訳者の種類や通訳形態別に比較するには有用であるが、文献によってコーディング・スキームや分析単位、コーダー間評価の信頼性の検討方法が異なるため、文献間における通訳変更の発生頻度の比較には留意が必要であることがわかった。

レビュー論文における医療通訳の質向上の概念枠組み図2から、医療通訳の質を臨床目標の達成を支援する通訳、すなわち、患者が安全・安心して治療をうけ、患者が医師の説明を理解し、正しい疾病管理行動に反映し、患者アウトカムへの向上に貢献したと定義した場合、医療通訳のエラーが発生したかどうかだけでなく、①臨床上重大な影響を及ぼす可能性のある通訳エラーを減少させ、②原発言と同等の意味を伝達し、さらに、③正確な通訳をするための

介入や患者理解の促進など臨床上ポジティブな通訳変更を認めることが、通訳の質を向上させることが示唆された。以上のことから、医療安全かつ適切な疾病管理に寄与する通訳の質の評価方法は、これらの3つの分類の通訳を検討することが必要であることがわかった。また、これら3点の視点から医療通訳の質を明らかにするためには、量的・質的データを組み合わせ研究デザインが有用であることが示唆された。

研究資金

本研究は JSPS 科研費 JP19K10513 の助成を受けたものである。

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) 法務省.令和3年末現在における在留外国人数について(報道発表資料,令和4年3月29日,出入国在留管理庁). https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00001.html (2022年6月1日アクセス可能).
- 2) 日本政府観光局.訪日外客統計の集計・発表. https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/data_info_listing/index.html?tab=block2 (2022年6月1日アクセス可能).
- 3) 日本政府観光局.訪日外客統計の集計・発表.訪日外客数(2020年12月推計) https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/data_info_listing/pdf/210120_monthly.pdf (2021年4月5日アクセス可能).
- 4) 毎日新聞.医療現場、なお言葉の壁 痛みや手術、不安の外国人 少数言語の対応急務.2019年2月18日夕刊
- 5) 厚生労働省.「医療機関における外国人旅行者及び在留外国人受入れ体制等の実態調査」の結果. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173230.html> (2022年8月17日アクセス可能).
- 6) 濱井妙子,永田文子,西川浩昭.全国自治体病院対象の医療通訳者ニーズ調査,日本公衆衛生雑誌 2017;64:672-683.
- 7) Hamai T, Nagata A. Physician attitudes toward communicating with foreign patients in Japan. Health Behav Policy Rev 2014; 1(4): 290-301.
- 8) ISO. Interpreting services-Healthcare interpreting-Requirements and recommendations. ISO 21998:2020(E).
- 9) ONO N, NOJIMA F. Standards of Practice for Community Interpreting: Insights from a Review of Five Standards. Interpreting and Translation Studies, 2014;(14): 243-257.
- 10) The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). National Standards of practice for interpreters in health care. September 2005. <https://www.ncihc.org/assets/z2021Images/NCIHC%20National%20Standards%20of%20Practice.pdf> (2022年11月23日アクセス可能).
- 11) 厚生労働省.医療通訳の現状と課題 第2回 訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討.資料2.平成31年(2019年)1月25日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000472213.pdf> (2022年8月19日アクセス可能).
- 12) 日本医療教育財団.技能審査認定 医療通訳技能認定試験【専門/基礎】. <https://www.jme.or.jp/exam/sb/index.html> (2022年8月18日アクセス可能).
- 13) ICM 国際臨床医学会.委員会活動 国際臨床医学会 ICM)認定「医療通訳士®」認定制度について. <http://kokusairinshougaku.jp/activities/authentication/m-interpreter/auth/auth00.html> (2022年8月18日アクセス可能).
- 14) Lor M, Bowers BJ, Jacobs EA. Navigating challenges of medical interpreting standards and expectations of patients and health care professionals: The interpreter perspective. Qual Health Res. 2019;29: 820-832.
- 15) Li S, Gerwing J, Krystallidou D, et al. Interaction-A missing piece of the jigsaw in interpreter-mediated medical consultation models. Patient Educ Couns. 2017; 100(9):1769-1771.
- 16) 永田文子, 濱井妙子, 菅田勝也. 在日ブラジル人が医療サービスを利用するときのわか通訳者に関する課題. 日本国際保健医療学会雑誌 2010;25:161-169.
- 17) Hale S. Community interpreting. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2007. (= サンドラ・ヘイル著, 飯田奈美子編. コミュニティ通訳 オーストラリアの視点による理論・技術・実践. 京都:文理閣, 2014.)
- 18) Angelelli C. "The role of the interpreter in the healthcare setting: a plea for a dialogue between research and practice." In C. Valero-Garces and A Martin, ed., *Crossing Border in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*, 147-163. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 2008.
- 19) 飯田奈美子. 対話通訳における逸脱行為の考察—新生児訪問模擬通訳の会話分析から— 通訳翻訳研究 2017; 17: 1-22.
- 20) 新崎隆子 通訳のコミュニケーション調整仮説—英日逐次通訳の事例から—. 通訳翻訳研究 2011; 11: 203-210.
- 21) Vasquez C, Javier RA. The problem with interpreters: communicating with Spanish-speaking patients. Hosp Community

Psychiatry 1991; 42(2): 163-165.

- 22) The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). A national code of ethics for interpreters in health care. July 2004. <https://www.ncihc.org/assets/z2021Images/NCIHC%20National%20Code%20of%20Ethics.pdf> (2022 年 11 月 23 日アクセス可能).
- 23) Swartz, L. (1998). Culture and mental health: A southern African view. Cape Town: Oxford University Press.
- 24) Gutierrez AM, et al. Agents of empathy: How medical interpreters bridge sociocultural gaps in genomic sequencing disclosures with Spanish-speaking families. Patient Educ Couns. 2019; 102(8):1439-1445.
- 25) Penn C, Watermeyer J. When asides become central: Small talk and big talk in interpreted health interactions. Patient Educ Couns. 2012; 88(3):391-8.
- 26) Laws MB, Heckscher R, Mayo SJ, Li W, Wilson IB. A new method for evaluating the quality of medical interpretation. Med Care. 2004; 42:71-80.
- 27) Kilian S, Swartz L, Dowling T, Dlalali M, Chiliza B. The potential consequences of informal interpreting practices for assessment of patients in a South African psychiatric hospital. Soc Sci Med. 2014;106:159-67.
- 28) Koh HK, Gracia N, Alvarez ME. Culturally and Linguistically Appropriate Services — Advancing health with CLAS. N Engl J Med. 2014; 37(3):198-201.

レビュー論文リスト (文献番号順)

- [1] Prince D, Nelson M. Teaching Spanish to emergency medicine residents. Acad Emerg Med. 1995;2:32-6.
- [2] Hornberger JC, Gibson Jr CD, Wood W, et al. Eliminating language barriers for non-English-speaking patients. Clinical Trial Med Care. 1996;34:845-56.
- [3] Elderkin-Thompson V, Silver RC, Waitzkin H. When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. Soc Sci Med. 2001;52:1343-58.
- [4] Flores G, Laws MB, Mayo SJ, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics. 2003;111:6-14.
- [5] Laws MB, Heckscher R, Mayo SJ, Li W, Wilson IB. A new method for evaluating the quality of medical interpretation. Med Care. 2004;42:71-80.
- [6] Simon CM, Zyzanski SJ, Durand E, Jimenez XF, Kodish ED. Interpreter accuracy and informed consent among Spanish-speaking families with cancer. J Health Commun. 2006;11:509-22.
- [7] Gany F, Kapelusznik L, Prakash K, et al. The impact of medical interpretation method on time and errors. J Gen Intern Med. 2007;22 Suppl 2:319-23.
- [8] Pham K, Thornton JD, Engelberg RA, Jackson JC, Curtis JR. Alterations during medical interpretation of ICU family conferences that interfere with or enhance communication. Chest. 2008;134:109-16.
- [9] Gany FM, Gonzalez CJ, Basu G, et al. Reducing clinical errors in cancer education: interpreter training. J Cancer Educ. 2010;25:560-4.
- [10] Jackson JC, Nguyen D, Hu N, Harris R, Terasaki GS. Alterations in medical interpretation during routine primary care. J Gen Intern Med. 2011;26:259-64.
- [11] Butow PN, Goldstein D, Bell ML, et al. Interpretation in consultations with immigrant patients with cancer: how accurate is it? J Clin Oncol. 2011;29:2801-7.
- [12] Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H. Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. Ann Emerg Med. 2012;60:545-53.
- [13] Kilian S, Swartz L, Dowling T, Dlalali M, Chiliza B. The potential consequences of informal interpreting practices for assessment of patients in a South African psychiatric hospital. Soc Sci Med. 2014;106:159-67.
- [14] Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Karliner LS, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ. Inaccurate Language Interpretation and Its Clinical Significance in the Medical Encounters of Spanish-speaking Latinos. Med Care. 2015;53:940-7.
- [15] Pope CA, Escobar-Gomez M, Davis BH, et al. The challenge of tetradic relationships in medically interpreted pediatric primary care visits: A descriptive study of communication practices. Patient Educ Couns. 2016;99:542-548.
- [16] Gutierrez AM, Statham EE, Robinson JO, et al. Agents of empathy: How medical interpreters bridge sociocultural gaps in genomic sequencing disclosures with Spanish-speaking families. Patient Educ Couns. 2019;102:895-901.
- [17] Sleptsova M, Weber H, Schopf AC, et al. Using interpreters in medical consultations: What is said and what is translated-A descriptive analysis using RIAS. Patient Educ Couns. 2017;100:1667-1671.

- [18] Cox A, Rosenberg E, Thommeret-Carrière AS, Huyghens L, Humblé P, Leanza Y. Using patient companions as interpreters in the Emergency Department: An interdisciplinary quantitative and qualitative assessment. *Patient Educ Couns*. 2019 ;102:1439-1445.
- [19] Labaf A., Shahvaraninasab A., Baradaran H, Seyedhosseini J, Jahanshir A. The Effect of Language Barrier and Non-professional Interpreters on the Accuracy of Patient-physician Communication in Emergency Department. *Adv J Emerg Med*. 2019 ;3(4):e38.

***責任著者 Corresponding author : 濱井妙子 (e-mail: hamai@u-shizuoka-ken.ac.jp)**

投稿日 : 2023 年 1 月 4 日 受理日 : 2023 年 4 月 27 日

企画【ヘルスコミュニケーションを学べる大学・研究機関紹介】

金城学院大学 看護学部 看護学科 所在地 〒463-8521 愛知県名古屋守山区大森 2-1723	
交通アクセス	名鉄瀬戸線「大森・金城学院前」駅で下車、徒歩約 10 分
ウェブサイト SNS など	https://www.kinjo-u.ac.jp/ja/about/ https://www.instagram.com/kinjogakuin_university/
設置課程と取得可能な学位・資格	学士（看護学）（選択：公衆衛生学） 資格（看護師国家試験受験資格、選択：保健師国家試験受験資格）
備考	オープンキャンパス・入試概要は本学大学ホームページに紹介しています。 https://www.kinjo-u.ac.jp/ja/admission-information/
問い合わせ先	担当部署 金城学院大学入試広報部 https://www.kinjo-gakuin.net/contact/ TEL・FAX 0120-331791



金城学院大学 W5 棟 看護学部専用の校舎



模擬患者との看護面接演習

<https://www.kinjo-gakuin.net/depart/nurse/>

1. ヘルスコミュニケーション教育・研究活動とその特徴

金城学院大学看護学部看護学科は 2022 年 4 月に開設された学部で現在、2 期生を迎えています。本学でヘルスコミュニケーションに関する特徴的な科目は、「看護コミュニケーション論」と「グローバルヘルス看護学」です。看護コミュニケーション論は、入学直後の 1 年次前期にあり、患者との関係性構築のためのコミュニケーションスキルを学びます。また、地域の生活者を理解するというを目的に、8 月の基礎看護学実習に向けて、模擬患者と看護面接を行います。幅広い年代の患者を相手に、患者の個別性を尊重した関わりができる医療人の育成を行っています。

「グローバルヘルス看護学」では、健康課題を地球レベルでとらえ、グローバルヘルスにおける現存する健康格差やそのための保健医療について学びます。また、日本および諸外国においての多様な文化的背景を持つグローバル社会における健康課題を見出し、解決するための方策について考察し、提案することを学びます。そして、将来グローバル社会で活躍するためのキャリアビジョンを見据えながら、グローバルヘルス看護を行うために必要な素養を身につけていきます。

2. 近年の実績（論文・実践活動等）、進行中のプロジェクト等

高齢者とのコミュニケーション能力を高めるために、模擬患者を活用した 4 年間教育プログラムの構築と看護 OSCE による評価のプロジェクトを行なっています。また、本学薬学科、食環境栄養学科など他学部との協働による多職種連携教育のプロジェクトを検討しています。

Suematsu M, Okumura K, Hida T, Takahashi N, Okazaki K, Fuchita E, Abe K, Kamei H, Hanya M. Students' perception of a hybrid interprofessional education course in a clinical diabetes setting: a qualitative study. *International Journal of Medical Education* 2021;12:195-204.

阿部恵子. 「医学教育における模擬患者参加型教育の実践とその役割」特集：卒前医学教育の変革～より能動的に、より実践的に 現代医学誌, 2023 ; 70(1): 21-25. ISSN 2189-1141

阿部恵子, 井上千鹿子. 模擬患者養成者に求められる能力: The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP) の日本語翻訳. 医学教育, 2023; 54(3):310-311.

3. 独自の取り組み

130 年の歴史を持つ女子のための総合大学です。「健康だけじゃない、その人らしさまで支えられる看護職者へ」を目標に、「強く、優しく」をスクールモットーとし、人間性豊かな看護師を育成しています。ボランティア活動として、低学年から、学外へ出て、地域の高齢者施設を訪問して、「音頭」を一緒に踊ったり、認知症カフェに参加して交流しています。学部早期より、高齢者と交流を図ることで、高齢者の世界観の理解が深まり、また、難聴などコミュニケーションが難しい場合の対応などを自分で考える機会となっています。

4. 入試概要

金城学院大学入試情報は下記ホームページをご覧ください。

<https://www.kinjo-gakuin.net/entrance/>

5. 在学生のバックグラウンドと卒後の進路

東海 3 県出身者が多く、自宅から 2 時間から 3 時間をかけて通学している学生もいます。歴史的に名古屋の女子大御三家の一つとして認識されてきましたが、現在はキャリア志向を持って入学される学生が多いです。2022 年度開設のため、卒業生はまだおらず、卒後の進路に関する情報はありません。

キャンパスは広く、森に囲まれてチャペルや礼拝堂など厳かで気持ち良い空間の中で、人間性豊かな学生が育っています。

6. 奨学金・助成制度

全学部を対象として、一般入試合格者の上位 200 名を対象とする金城サポート奨学金があり、国立大学並みの学費で学べる制度を活用できます。また、日本学生支援機構奨学金の利用者も全体の約 3 割を占めています。

7. ヘルスコミュニケーション関連の講義と担当教員の紹介

科目名	看護コミュニケーション論
授業の概要	健全で円滑な人間関係を構築するためには、他者を理解する視点とコミュニケーション能力が求められます。本科目では、自己理解を深めると共に他者との相互関係について学びます。講義・演習（学生同士や模擬患者とのロールプレイ）を通して、看護実践の基盤となる援助的関係形成において役立つコミュニケーション能力を身につけます。
担当教員	阿部恵子

科目名	グローバルヘルス看護学概論
授業の概要	グローバルヘルスの視点を持ち看護を行うために、保健医療を取り巻く世界の現状の理解をしながら健康課題について考え、グローバル化する社会で活躍するために必要な知識や態度を学ぶ科目です。学生担当発表を交えながら、自ら考え学ぶ力を養います。
担当教員	上杉裕子

*責任著者 Corresponding author : 阿部恵子 (e-mail: k-abe@kinjo-u.ac.jp)

編集後記

この夏は、各地で記録的な暑さとなりました。台風、大雨など被害にあわれました地域の皆様に心よりお見舞い申し上げます。9月に入ってもなお残暑が続いていましたが、これをお届けするところには、少し秋らしくなっているのでしょうか。

さて、第14巻第2号では、原著論文2本、研究資料1本、総説1本をお届けしました。今号も、医療通説、eヘルスリテラシー、シェアード・ディシジョンメイキングなど、ヘルスコミュニケーションのさまざまな領域から、近年関心の高まっている概念、テーマを扱った論文が集まっています。

また、前号から続いております企画「ヘルスコミュニケーションを学べる大学・研究機関紹介」として、昨年度のヘルスコミュニケーションウィークの開催校である金城学院大学よりご紹介をいただきました。ぜひ合わせてご覧いただければと思います。講座や分野名に必ずしも「コミュニケーション」と名前がついていなくても、関連する研究や授業をおもちの先生がいらっしゃる大学・研究機関は、まだまだたくさんあるのではないかと思います。この企画は今後も継続してまいります。ヘルスコミュニケーションという学問領域の認知の拡大とネットワークづくりにもつながればと思っておりますので、ご関係の大学・研究機関のご紹介をお寄せいただければ幸いです。

今号も査読をお引き受けいただきました先生がたには、お忙しい中ご協力いただき、心より感謝申し上げます。次号に向けて、福島でのヘルスコミュニケーションウィークで発表されたたくさんの一般演題からの投稿論文もお待ちしております。皆さまと一緒にさらに充実した学会誌を作っていきたいと思っておりますので、引き続きお力添えいただけますよう、よろしくお願いいたします。

編集委員長 石川ひろの

日本ヘルスコミュニケーション学会誌-第14巻第2号
Health Communication Research Vol.14, No.2

2023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(2022-2023)

編集委員長

石川 ひろの (帝京大学大学院公衆衛生学研究科)

編集委員

大野 直子 (順天堂大学 国際教養学部)

奥原 剛 (東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学)

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)

杉本 なおみ (慶應義塾大学看護医療学部)

高永 茂 (広島大学大学院人間社会科学研究科)

八巻 知香子 (国立がん研究センターがん対策研究所がん情報提供部)

発行者 日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>
