

The background features a large, stylized blue outline of a human face in profile, looking towards the right. Scattered around the face are several yellow triangles of varying sizes, some pointing towards the face and others away, creating a sunburst or starburst effect.

日本ヘルスコミュニケーション学会誌
第15巻1号 2024年

Health Communication Research
Vol. 15, No. 1, 2024

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

日本ヘルスコミュニケーション学会誌 - 第 15 巻第 1 号

Health Communication Research Vol.15, No.1

<第 15 回日本ヘルスコミュニケーション学会報告>

シンポジウム 1 総説 原発事故・コロナで見られた未知なる不安への対応
田巻倫明・渡邊清高・中山千尋・中村菜々子
..... p. 1-9

シンポジウム 2 総説 新型コロナウイルス感染症、そして、今後の健康リスク
加藤美生・坪倉正治・横田理恵・宮脇梨奈
..... p. 10-16

書籍紹介：2023 年度ヘルスコミュニケーション学関連学会優秀書籍賞受賞
中山和弘 著『これからのヘルスリテラシー 健康を決める力』（講談社、2022 年）
中山和弘
..... p. 17-22

<学術論文>

原著論文 健康の地域格差と、ヘルスリテラシー、生活習慣および主観的健康観との関連
-高校生の保護者を対象として-
笠原美香・吉池信男・大西基喜
..... p. 23-31

研究資料 知的障害者向けの医療情報の平易化に関する実践
—「大腸がん わかりやすい版」作成過程および汎用可能性—
打浪文子・羽山慎亮・八巻知香子
..... p. 32-41

<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>

5. 東京大学大学院 医学研究科 医療コミュニケーション学分野
..... p. 42-43

編集後記・奥付
..... p. 44

総説

原発事故・コロナで見られた未知なる不安への対応 Anxiety about the unknown in response to the Fukushima nuclear accident and COVID-19

田巻倫明¹⁾、渡邊清高²⁾、中山千尋³⁾、中村菜々子⁴⁾
Tomoaki Tamaki¹⁾, Kiyotaka Watanabe²⁾, Chihiro Nakayama³⁾, Nanako Nakamura-Taira⁴⁾

1) 福島県立医科大学 医学部 健康リスクコミュニケーション学講座

2) 帝京大学 医学部 内科学講座

3) 福島県立医科大学 医学部 公衆衛生学講座

4) 中央大学 文学部 心理学専攻

1) Department of Health Risk Communication, School of Medicine, Fukushima Medical University

2) Department of Medicine, School of Medicine, Teikyo University

3) Department of Public Health, School of Medicine, Fukushima Medical University

4) Department of Psychology, Faculty of Letters, Chuo University

Abstract

After the 2011 accident at the Tokyo Electric Power Company's Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant, many people were overwhelmed by information, escalating their worries about radiation exposure. Following the acute phase, a long-term approach was required to address the health impacts of low-dose exposure. Now, more than 12 years later, appropriate information dissemination and communication about treated water remain important in the recovery process from the disaster. Meanwhile, the outbreak of the novel coronavirus (COVID-19) that expanded globally from early 2020 in Japan has made 'anxiety about the unknown' a reality for many citizens, demanding responses that adapt to the constantly changing infection situation in terms of prevention, vaccination, and treatment. In October 2023, a symposium was held on the theme 'Responding to the Unknown Anxiety Seen in the Nuclear Accident and COVID-19' at the 15th Japan Health Communication Society Academic Symposium. The challenges and possibilities in responding to anxiety about the unknown were discussed from the perspectives of risk communication, media literacy, evaluating and improving the reliability of information, and risk perception.

要旨

2011年の東京電力福島第一原子力発電所事故の後、多くの市民は様々な情報に振り回され、放射線被ばくによる不安が高まった。急性期を経て、低線量被ばくによる健康への影響への対応には息の長い取り組みを要する。12年以上を経た2023年時点においてなお、処理水に関する適切な情報発信と対話は、災害からの復興プロセスにおいて重要である。一方、2020年初頭から世界規模で拡大した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行は、多くの市民にとって「未知なる不安」を現実のものとして体感させ、予防、ワクチン接種、治療などにおいて刻々と変化する感染状況に応じた対応を迫るものになった。2023年10月に、第15回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会シンポジウムにおいて、「原発事故・コロナで見られた未知なる不安への対応」をテーマにシンポジウムを開催した。リスクコミュニケーションやメディアリテラシー、情報の信頼性を評価し質を向上する取り組み、そしてリスク認知の視点で、未知なる不安への対応においてみられた課題と可能性について議論した。

キーワード：福島第一原発事故、新型コロナウイルス感染症、リスクコミュニケーション、放射線、リテラシー
Keywords: Fukushima Daiichi NPP accident, COVID-19, risk communication, radiation, literacy

1. はじめに

2011年3月に発生した東日本大震災を契機に引き起こされた福島第一原発事故では、放射線に対する「未知なる不安」が多くの住民を苦しめ、社会的にも医学的にも多くの問題を引き起こした。多くの専門家が「放射線」を科学的な事象として論理的に説明することで住民の不安を軽減したいと考え、様々な機会に住民への情報提供を行った[1]。一方で、専門家と住民のコミュニケーションは、必ずしも成功体験ばかりではなく、場合によっては敵対的な反

応も存在し、必然的に放射線専門家が社会やメディアに対してコミュニケーションを避ける方向へと誘導してしまった。一方、2020 年初頭から世界規模で拡大した新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行は、多くの市民にとって「未知なる不安」を現実のものとして体感させ、予防、ワクチン接種、治療、後遺症など、刻々と変化する感染状況に応じた対応を迫るものになった。

学術大会開催時である 2023 年 10 月は、5 月の「5 類」への引き下げ、そしていわゆる第 9 波についてピークを越えつつある状況にあり、COVID-19 に関する議論についてこれまでを振り返りつつ、今後の課題として課題を共有するとともに、放射線影響や処理水に関する課題と改善策を議論する機会を得たと考える。リスクコミュニケーションとは、社会に取り巻くリスクに関する正確な情報を、関係者間で共有し、相互の意思疎通を図る、一般市民に説明するプロセス全体を指すと定義されている(National Research Council)。大規模災害、化学物質、感染症、低線量被ばく、食品、疾病など、我々を取り巻くさまざまなリスクに関するこれらのプロセスのいずれかに問題があっても、深刻な課題を引き起こしうる。リスクコミュニケーションやメディアリテラシー、情報の信頼性を評価し質を向上する取り組み、そしてリスク認知の視点から話題提供をいただき、さまざまなステークホルダーが未知なるリスクについてどのように情報を伝え、対話していくかについて議論を深めることとした。本シンポジウムでは、未知なるリスクに関わるコミュニケーションの課題を考察し、専門家にとって有用となる理論的枠組みのもと改善策を提案する。

2. 「放射線リスクコミュニケーション – 福島での経験から考える –」 田巻倫明

1) 「放射線」を説明することの課題

日本社会において「放射線」は様々な社会的かつ歴史的背景を持っている。リスク認知の観点から原子力発電や核廃棄物由来の放射線は元来から「リスクが高いもの」として認識される代表格である[2]。また、福島第一原発事故では「放射線」が大地震、津波、緊急避難などの精神的にも肉体的にも絶大なストレスと密接に関わっていたことは明らかである。この際の課題は、専門家と一般住民の「放射線」に対する認識が全く異なることである。放射線を日常的に利用し研究対象としている専門家にとって放射線は「電離作用を持つ電磁波もしくは粒子線」であるかも知れないが、一般住民にとっては「原発事故、原子爆弾、ヒバクシャ、死の雨」など悲壮的な事象に関連するものと捉えられることが多い。更には、そこに原発事故の被災に関連する苦難が重なれば、放射線に対する認識は明らかにネガティブであり、科学的な説明でこの認識を改善することが極めて困難である。

また、専門家と一般住民の間に関心の対象が異なっていたことも明白であった。福島県内で開催されたある住民説明会を例にとってみる。専門家が、広島や長崎の原爆投下後の研究データを用いて、放射線の被ばく線量と生物学的影響の関係などについて科学的な説明をしたのに対して、聴衆からは、専門家の覚悟、誠意、信頼性に対する疑義が唱えられたり、日常生活への影響を心配する質問や放射線の安全性を訴えることへの反発が聞かれたりした。また、「分からない」という表現の捉え方が、科学的論理と一般的な日常会話で使われる論理で異なっていることも、専門家と一般住民の相互理解の妨げになっていた。

2) Sandman のリスクコミュニケーション理論 (Risk = Hazard + Outrage)

ここでリスクコミュニケーションにおいて筆者が信頼を寄せている Sandman の理論を紹介する。リスクの評価方法として古典的な考え方は、望ましくない事象の(深刻さ) × (起こる確率)とされているが、Sandman はリスクコミュニケーションに主眼を置いた場合にはリスクを「Risk = Hazard + Outrage」と捉えるべきという独自の理論を提唱している。この理論では Hazard とは専門家によるリスク評価(いわゆる古典的なリスク)であり、Outrage は公衆(public)のリスク評価である。Outrage は一般の人がどのくらい危険と考えているかという評価だけでなく、不安、不満、恐怖などの様々な感情的な影響も含めて捉えている。そして、これらの Hazard の度合いと Outrage の度合いには相関はほとんどないことが分かっている。そして、Hazard と Outrage の関係をもってリスクコミュニケーションを3つのカテゴリーに分けている: ①Hazard は低く Outrage が高い (Outrage Management)、②Hazard が高く Outrage は低い (Pre-caution advocacy)、③Hazard が高く Outrage も高い (Crisis Communication)。これらの3つのカテゴリーのリスクコミュニケーションはそれぞれ目的も違えば、アプローチも異なる。特に、福島第一原発事故の危機的な状況が落ち着いた後の「放射線」に関するリスクコミュニケーションは主に Outrage Management であり、その目的は Outrage を下げるることとなる。Sandman の理論に関しては、氏のホームページに参考となる多くの情報が掲載されているので参照されたい[3]。

3) リスクコミュニケーションの理論的枠組みの提案

いわゆる専門家が公衆に対してリスクコミュニケーションを行う時に参考となる論理的な枠組みを整理したい。コミュニケーションの形態を考える時に、その対極に位置するものを「講義」と「カウンセリング(心理療法)」とし

て考えてみる。この2つは情報伝達の方向性、目標、方法、及び評価法において対照的である(図1、表1)。講義における情報伝達は講師 (expert) から聴衆 (non-expert) へという方向であるが、カウンセリングでは主にクライアント (non-expert) からセラピスト (expert) への方向である。カウンセリングの場合、セラピストの共感や適切なガイダンスに基づきクライアントが自由かつ自主的に自分の思考や感情を表出することが重要となる。講義の目標は情報を正確かつ確実に伝達することであるが、カウンセリングの目標はクライアント自身が問題や課題を克服することである。講義の評価は客観的なテストなどで可能であり主に講師 (expert) が評価するが、カウンセリングの評価は主に自身の主観的(時には客観的)な課題解決であり評価するのは主にクライアント (non-expert) である。コミュニケーションの対極がこの「講義」と「カウンセリング」であるとすると、リスクコミュニケーションは状況に応じてそのスペクトラムの中に位置付けられるものと捉えられる。Sandman の考えを応用すると、Outrage が特に高い状況ではよりカウンセリング側に近いコミュニケーションをとるべきかも知れないし、Outrage が比較的強くより正確な情報が求められている状況では講義側に近いコミュニケーションでとるべきかも知れない。

医療に従事している専門家にとっては、臨床経験とも照らし合わせるができるであろう。「治療」という観点から、講義の代わりに「狭義の医学」を考えると、狭義の医学では客観的かつ科学的に評価可能である診断や治療が求められる。一方で、概念的にカウンセリングに近いような「患者に寄り添い患者の意思を尊重したケア」も重要である。医療者はこのバランスを保ちながら最善の医療を提供するのである。リスクコミュニケーションもこの医療の在り方と対比して想像できるのではなかろうか。

この理論的枠組みを理解するだけでリスクコミュニケーションが成功するという訳ではない。一方で、専門家が公衆に対してリスクコミュニケーションを行う時に、この理論的枠組みが参考になることを願う。少なくともこの枠組みを持つと、「公衆による正確な知識の習得がリスクコミュニケーションの唯一の目標である」という誤った目標設定を回避できるかも知れないし、「専門的な講義の質を追求することによってリスクコミュニケーションが改善する」という誤解に陥ることも回避できるのではないだろうか。ただし、この枠組みの前提として補足したいのは、これは公衆を「患者」や「クライアント」と想定している訳でもなく、リスクコミュニケーションに病理的な側面があると示唆している訳でもないということである。一方で、この理論的枠組みにより、リスクコミュニケーションに臨む専門家がやり場のないフラストレーションや虚無感を回避する一助になることを期待する。

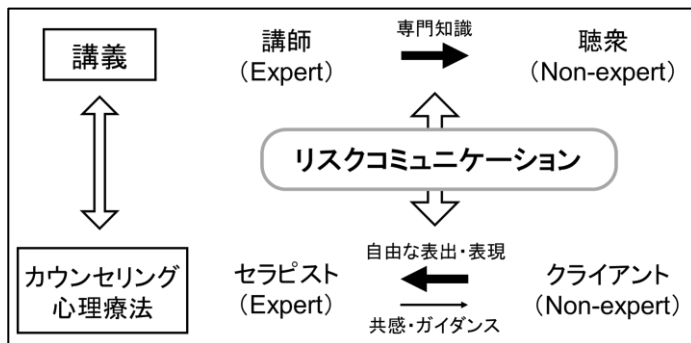


図1： コミュニケーションの形態 と リスクコミュニケーションの位置付け (概念図)

表1： コミュニケーションの対極 (講義とカウンセリング) の比較

	講義	カウンセリング 心理療法
情報伝達の 方向	Expert (講師) → Non-expert (聴衆)	Expert (セラピスト) ← Non-expert (クライアント)
目標	正確な情報の取得	自らの解釈の構築 課題の解決
方法	説明 (明瞭で面白い講義 など)	自由な思考・感情の表出 共感・適切なガイダンス
評価	客観的 (試問、記述テストなど)	主観的 (客観的な評価もあり得る)

3. 「原発事故後の風評の実態—メディアリテラシーの重要性」 中山千尋

1) 風評とは、風評被害とは？

・「風評」の定義

風評は「評判」、「噂」であるが、ここでは風評被害の「風評」に注目する。風評被害とは、ある事件・事故・環境汚染・災害等が大々的に報道されることによって、本来安全とされる食品・商品・土地を人々が危険視し、消費や観光をやめることによって引き起こされる経済的被害と精神的被害である。

・「風評被害」の歴史

1954年ビキニ事件のマグロ価格下落で「間接被害」への補償が行われた。これが最初の「風評被害」で、放射能汚染に関連した「風評（悪いイメージ）による経済的被害」であった。

80年代までは「風評被害」の語は、原子力事故における放射線の直接影響ではない被害の補償関連で使われた。しかし、90年代のO157集団食中毒事件（カイワレ大根の「冤罪」）、ナホトカ号重油流出事故（報道の「日本海～」という呼称で、日本海全体の魚介類が価格下落）、所沢ダイオキシン事件（所沢産野菜の風評を広めたテレビ朝日が名誉棄損で訴えられて謝罪）で、「風評被害」が使われる対象が原子力関連以外、精神的被害にまで拡大した。

・風評被害における風評の「特徴」

- 1：強い権威と伝播力があるマスメディアの報道で風評が伝わり、風評被害が起こる。クチコミではない。
- 2：多くの場合、風評の根底には「健康影響への不安」があり、社会医学（健康情報学）の問題である。健康不安を煽られて、「ある食品等が忌避される」。
- 3：風評の原因となる報道は、必ずしも「誤情報」ではない。受信者が報道から受けるイメージが健康不安を煽る。

2) 福島県の風評被害の実態

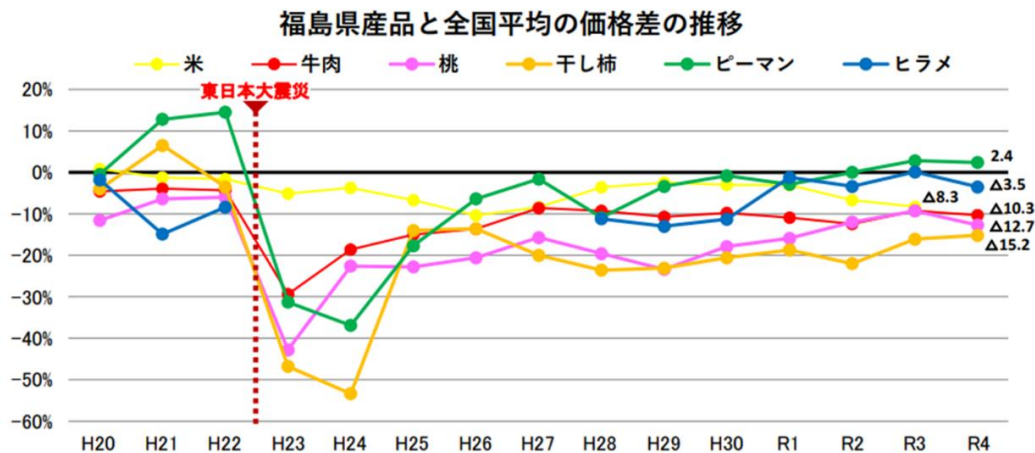


図 2：福島県産品と全国平均の価格差の推移

2023 時点も福島県産品の価格が震災前に戻っていない。風評被害は長期化している。

3) 「健康と情報についての調査」(2016)の 3つの研究

2016年8月、無記名自記式質問紙による郵送調査をおこなった。対象は20～79歳の福島県民2,000人で、有効回答率約43% (n=861)であった。調査の目的は、福島の住民の放射線による健康不安の現状を探り、放射線について利用するメディア、及び信用する情報源との関連を検討することである。説明変数として13種類の「利用するメディア」と11種類の「信頼する情報源」を尋ねた。

研究 I：「風評被害の影響」とメディアや情報源の関連[4]

I-1 福島県民が認識した「風評の影響」の内容

質問「原発事故に伴う風評被害は、暮らしに影響しましたか？」に「影響あり」と回答した人（全体の約60%、n=505）の自由記述の内容（n=289重複あり）。

表 2：福島県民が認識した「風評の影響」の内容

	1.福島産の食品を避けた	2.自分が作った食品等が売れない	3.差別を受けた	4.仕事や経済の問題	5.その他の問題
n	87	69	67	37	51
%	30.0	23.9	23.2	12.8	17.6

「その他の問題」には、物流、観光、放射線、健康、家族、転居等が含まれた。一例であったが、「友人の自殺」をあげた人がいた。

I-2 「風評被害の影響の有無」にはどのメディアや情報源が関連したか

(分析の結果)

インターネット・サイトやブログの利用者で、「風評被害の影響あり」の割合が有意に高かった。地元民放テレビの利用者と、政府省庁を信用する人では、「なし」の割合が有意に高かった。

(考察)

誰でも発信できるインターネットは誤情報、デマ等が多いと考えられる。地元民放テレビは自らが被災者でもあり、センセーショナルリズム等は少ないと考えられる。政府省庁の情報は詳細にわたり、データを基にした汚染の実態を伝えている。

研究 II：「放射線による健康不安はどの程度ありますか？」の回答には、どのメディアや情報源が関連したか[5]

(分析の結果)

インターネット・サイト、ブログの利用者と、NGO 等を信用する人では、「健康不安」は有意に高かった。逆に地元民放テレビの利用者、政府省庁、および自治体を信用する人では、有意に低かった。

(考察)

インターネット、地元民放テレビ、政府省庁については研究 I と同じ。「反原発」の団体等は、放射線の危険を強調する可能性がある。自治体の情報は居住地に関して詳細に渡る。

研究 III：原発に近い浜通り（太平洋沿岸）と避難地域で、「放射線の影響が子どもや孫など次の世代に遺伝するのではないかと心配しているか？」の回答には、どのメディアや情報源が関連したか[6]

(分析の結果)

浜通りでは、全国民放テレビの利用者で「次世代影響不安」が有意に高かった。一方、浜通りと避難地域で、政府省庁を信用する人の「次世代影響不安」は、有意に低かった。

(考察)

福島の民放の報道局長による、全国民放テレビのセンセーショナルリズムについての報告がある。このような姿勢の番組が不安を高めた可能性がある。なお、福島県いわき市から南では、首都圏の全国民放テレビの電波が直接受信できる。政府省庁については研究 I と同じ。

4) メディアリテラシー、更に情報リテラシーの必要性

放射線について利用するメディアや信用する情報源の違いが、風評被害の影響や健康不安に関連した。近年新聞の発行部数の減少と、「テレビ離れ」が著しい。今後はインターネットが情報チャンネルの中心になり、マスメディアもネット上での発信者の一つになる。近未来では、報道・情報の受信者の「メディアリテラシー」を含めた、「情報リテラシー」の重要度が増す。「情報リテラシー」を高めることが必要である。

4. 『『未知なる不安』をどう受け止め、どう伝えるかーメディアドクター研究会での議論から』渡邊清高

1) リスクへの対応力をどう高めるか？メディアドクター研究会の取り組み

2011 年の東京電力福島第一原子力発電所事故の後、年月が経過し、福島県での実際の被ばく線量からは相当リスクが低いと医学的には考えられるにもかかわらず、「発がん」や「低線量被ばく」などの、将来の健康不安は依然存在している。2023 年時点では処理水の放出についての議論が継続している。一方、2020 年に始まった新型コロナウイルス感染症の流行においても、発症・重症化・ワクチン接種などにおいて、効果と安全性をどのように見積もるかが、対応方針を個人レベル・集団レベルで議論する場合に課題になった。リスクに対応する市民のリテラシーを高め、

適切な理解と対応の指針を共有することは重要である。

メディアドクター研究会 (<http://mediadoctor.jp/>) では、健康や医療に関する情報発信の質向上を目指して、報道記事を「評価」することを通して、情報の読み解き方、伝え方、受け止め方について、視点を提供しさまざまな参加者とともに議論を継続している[7]。2020 年以降も、オンライン会議システム (Zoom) を活用して、新型コロナウイルス感染症・処理水・がんゲノム医療などの話題でグループディスカッションを含む定例会を開催している[8]。

2) 災害関連情報、コロナ対策情報におけるリスクコミュニケーションの「類似性」

未知なる不安・新たなリスクに対して、冷静に評価し適切な行動に結びつけることはしばしば困難である。2011 年の東日本大震災、その後引き続いた福島第一原子力発電所事故に伴う低線量被ばく、そして処理水に関する将来のリスクに関して、誰にどのような影響があるのか、何がこれから自分に起こるのか「分からず」、不安に駆られる中で、当事者に対する差別や偏見が生じる構造は、新型コロナウイルス感染症の流行においても共通点が多い。

新興感染症の話題は、コロナに始まったものではない。我々は 2003 年の SARS コロナウイルスや 2009 年の新型インフルエンザウイルス感染症でも経験している。近年では、インターネットやソーシャル・ネットワーキング・サービスの急速な普及により、さまざまな立場から気軽に情報発信することが一般的になっている。こうした中で、不確かな情報や不安をあおる情報が衆目を集めやすく、冷静で中立な情報は注目されにくいという問題が起こりうる。清濁併せ持つネット情報が押し寄せるなかで、適切なリスクコミュニケーションを実践していくためには、受け手である一般市民のヘルスリテラシーとコミュニケーションが鍵といえる。情報の発信だけでなく、伝え手 (メディアエター)、聴き手として備えていくことがますます重要になってきている。一般市民も含め、どうリテラシーを高めていくのか、そしてその必要性をどう共有していくかをまだまだ議論していく必要がある。リスクコミュニケーションに関わる幅広い関係者が課題も含め共有し、改善点を教訓としてきちんと生かしていけるような取り組みを共有し広げていく取り組みが重要と考えられる。

3) メディアドクター研究会での議論から「原発事故に伴う低線量被ばく そして処理水に関する報道」

2022 年 11 月に、第 79 回メディアドクター研究会をオンラインにて開催した。原発事故に伴う低線量被ばく そして処理水に関する情報について、実際の報道記事の評価を通して、どのように伝えられどのように受け止められているのか、そして、内容についてどのように読み解いていくのがよいか議論する形式とした。情報検索、論文の読み解き方をテーマにしたプレセミナーに続き、導入説明、評価の共有、専門家によるレクチャー、ディスカッションからなる。低線量被ばくや処理水に関する報道や情報発信の事例について、科学的根拠、エビデンスの質、効果の定量化、弊害とコスト、情報源などの「メディアドクター指標」を用いて「満足」「不満足」のいずれかを選択し、意見をまとめ、解説と全体討論を行った。

表 3: メディアドクター指標 (2018)

利用可能性	どのような人の利用に適しているか、正確な情報を提供していますか？
新規性	どのような点が新しいか、正確な情報を提供していますか？
代替性	既存の代替できる選択肢と比較していますか？
あおり・病気づくり	あおりや病気をつくり出す内容になっていませんか？
科学的根拠	科学的根拠の質を踏まえて書かれていますか？
効果の定量化	効果を適切に定量化していますか？
弊害	弊害について、正確でバランスのとれた情報を提供していますか？
コスト	入手・利用などに必要な費用について述べていますか？
情報源と利益相反	情報源・研究開発の主体 (研究機関・研究者など)・資金源など、利益相反について読者が判断できるように述べていますか？
見出しの適切性	見出しは、内容を適切に分かりやすく要約していますか？

19 名の参加 (女性 5 名)、関東地方 (68%) において、将来の放射線による健康影響について、84%が「可能性は低い」と考えていた。一方、「未知のリスク」について、以下のイメージが寄せられた。

- ・ 人災 (ミサイル着弾、戦争)、自然災害 (豪雨、地震、噴火など)、感染症
- ・ 過小評価しがちだが、一方で、時に過度の不安を呼び起こすもの
- ・ 想定外、予測したくないこと、避けられないこと

- ・恐怖心から非科学的な関係主張へとつながりやすいが、否定もできない
処理水に報道事例の評価を通して、以下の意見と提案がなされた。
- ・1つの情報源だけでなく、複数の記事を読んでから正しい情報か否かを見極める必要がある
- ・科学的根拠に基づくリスクへの理解を深めるためには、背景情報やリスクの定量化、対応方針についての情報が必要
- ・読み手の問題意識や指向に応じた情報が選択されたり、強調される傾向は、低線量被ばく・処理水の報道と、新型コロナウイルス感染症などに共通する課題

4) まとめ

「未知のリスク」について、次世代にわたる影響や、想定外や不確定のリスクについて言及するとともに、恐怖心から過度の不安を呼び起こしうるものと考えていた。処理水の安全性を扱う報道事例の評価においては、「科学的根拠」「効果の定量化」「代替性」「情報源」「見出しの適切性」を含む多くの指標で「不満足」としている評価が3分の2を超えており、科学的根拠に基づく情報発信の必要性が共有された。発信の目的(リスクの共有や適切な情報提供、推奨される対応策の普及など)、根拠となるデータの提示、調査研究方法や専門家のコメント、用語の解説、関連情報の提示など、理解を促す方法が求められる。

5. 「新型コロナウイルス感染症におけるリスク認知から考える」中村菜々子

1) 不安の影響

私たちが日常生活でいう「不安」は、恐怖 (Fear: 不安を生じさせる特定の対象に突然遭遇する場合に起こる情動) と不安 (Anxiety: 未知の危険に対する気がかりな予感、緊張等の身体の兆候) とに分けられる。恐怖や不安には、落ち着かない、そわそわするといった心理的な要素と、胸を締め付けられる、動悸がする、呼吸が浅くなる、喉がつかえる、手足が冷たくなるといった身体的な要素がある[9]。

不安や恐怖を抱えて過ごすことは、私たち誰にとっても、様々な影響を与えることが知られている。まず、不安は高次の認知過程に影響を与える[10]。不安は、解釈 (interpretation: 「(中立な状況を) 危険だ」と解釈しやすくなる)、判断 (judgement: 「(起こる確率低い悪い出来事が) きっと起こる」と判断しやすくなる)、意思決定 (decision making: 「(複数の選択肢から1つを選ぶ際に、心配だから) 止めよう」と決めやすくなる)、推論 (reasoning: 「(割れた窓を見て) 泥棒のせいだな」とより怖い理由を推測しやすくなる) といった過程にそれぞれ影響を与える。そして、不安は私たちの行動にも影響を与える。恐怖や不安を感じさせる物や状況を避ける (回避行動) ようになることは、私たちが日常生活から経験的に知っていることである。

適度な不安は、健康を保つために役立つ場合もある。適度な不安は自分の健康を心配し、適切な健康行動を実施する動機づけとなる。一方で、不安を全く感じていない場合、リスク認知は楽観的な方向になり健康行動の実行は減るだろう。また過度な不安[11]は、健康行動を考えること自体から回避することや、過度な健康行動の実施につながることもある。

2) COVID-19 のリスク認知と不安、対処行動に関する先行研究

不安とリスク認知との関連について私たちが実感した出来事の1つが、COVID-19 の流行だった。COVID-19 のリスクを認知すること (例: 自身の感染しやすさの評価) と不安・恐怖は相互に関連して、対処行動 (手洗い、外出自粛等) の実施に影響を与える[12]。先行研究では COVID-19 恐怖に関連する要因が整理されており、①未知の恐怖、②社会的孤立、③心気症、④過去の恐怖経験、⑤情報主導型恐怖、⑥コンプライアンスの影響が明らかにされている[13]。この知見からは、過度な COVID-19 恐怖を和らげるために、①正しい情報を適切に伝える、②生活の安全・安心を確保する、③その人の人となりの理解、④その人の過去の経験を考慮する、⑤得ている情報の正確性を把握するといったことが役立つことが示唆される。我々の研究でも[14]、対処行動の反応効果性 (「やれば効果がある」と思えること) と実行可能性 (「自分にやれる」と思えること)、そして規範 (「やらねば」「皆もやっている」と思うこと) が対処行動の実施に有意な影響を与えていた。過度な不安を和らげることに加えて、対処行動の有効性を伝える、自信を持って取り組めるように支援する、はっきりとルールを示すといったことが、対処行動の実行を促す際に役立つ。

3) 心理職としての経験から

心理職 (公認心理師、臨床心理士) は、医療・教育・産業・福祉・司法の幅広い領域で心理的な支援を行う専門職である。心理学・臨床心理学の専門性に基づいて、心理に関する支援を要する方およびその関係者の、①心理状態の観察、分析、②相談・助言、③指導などの援助、④心の健康教育や情報提供に携わっている。また支援の基盤となる

⑤調査や研究を行うことも、その専門性に含まれている[15,16]。心理的不調を抱える方の回復を支援することはもちろん、予防や自己成長の支援もその専門性に含まれている。

心理職はどのようにその人の過度な不安を和らげながら、情報提供や行動変容の支援を行うのだろうか。まず、身体の調子や不安以外の感情（例えば、抑うつや怒りなど）について把握し、安心安全な生活環境が確保できているかを確認する。加えてその人らしさ、何を大切に今まで暮らしてきたか、どのような価値観を持っているのかなどについて話を伺う。その上で、その人が、提供された情報をどう受け取ったか、情報をそのように受け取った理由を聞く。これらの情報を統合し（アセスメント；図 3）、その人に最適化された形で情報提供や行動変容の支援を行っていく。

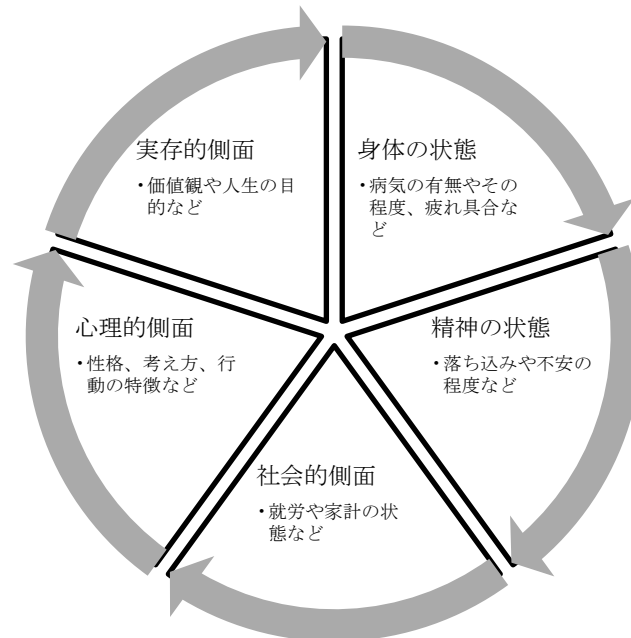


図3 包括的な観点からのアセスメント [平井[17]等を元に筆者作成]

人の感情や認知過程、そして行動は、時間の経過に伴い必ず変化する。したがって、時間という要素も加味してアセスメントすることや、時間経過に伴走することも大切である。その人の不安は、なぜ強まったのか、あるいはなぜ和らいだのか。不安の変化や変化の理由を把握し、その理由を整理することによって、不安に関連した要素が見え、取るべき対応がわかってくる。

なお、心理職は「気持ちを引き出す」「掘り下げて聞く」プロフェッショナルであると一般的に思われている。それは事実だが、その前に「今、この方の気持ちを引き出すのがよいのか」「どの程度まで掘り下げる必要があるのか」自体を評価（アセスメント）した上で話を聞いていることを申し添えておきたい。

4) まとめ

未知なる不安について、COVID-19 のリスク認知を具体例として挙げ、心理学者としての研究経験と心理職としての実践経験から述べた。心理学の研究知見と心理職のスキルは幅広く多様であるため、深刻な心理的問題を抱えた方はもちろん、心理的問題がない一般の方々に対しても、日常レベルで感じる不安を考慮したより良いかわりをする際に生かすことができるものである。

謝辞

本発表の機会を与えて下さったヘルスコミュニケーションウィーク 2023～福島～総大会長の安村誠司先生ならびに実行委員会の皆様に改めて感謝申し上げます。

研究資金

本発表の一部には、科研費 22K03179 の適用を受けている

利益相反自己申告

特になし

引用文献

- [1] 神谷研二. 科学者とリスクコミュニケーション. 保健物理, 2014;49(4):167-168.
- [2] Fischhoff B, Slovic P, Lichtenstein S, et al. How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes toward technological risks and benefits. Policy Sciences, 1978;9:127-152.
- [3] The Peter M. Sandman Risk Communication Website <https://psandman.com> (2024 年 1 月 9 日閲覧)
- [4] Nakayama C, et al. Relationship between the effects of perceived damage caused by harmful rumors about Fukushima after the nuclear accident and information sources and media. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023;20.3:2077.
- [5] Nakayama C, et al. Lingering health-related anxiety about radiation among Fukushima residents as correlated with media information following the accident at Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant. PLoS One, 2019;14.5:e0217285.
- [6] 中山千尋他, 原発事故後の福島県浜通りと避難地域における放射線の「次世代影響不安」と情報源およびメディアとの関連. 日本公衆衛生雑誌, 2021;68.11:753-764.
- [7] 佐藤正恵, 北澤京子, 渡邊清高 さがす・読む・伝える はじめての医学系情報 日本医学出版 2023
- [8] メディアドクター研究会ホームページ (<http://mediadoctor.jp/>) (2024 年 1 月 10 日閲覧)
- [9] 寺澤悠理. 内受容感覚から考える不安の認知神経メカニズム. 不安症研究, 2017; 9:76-79.
- [10] Blanchette I & Richards A. The influence of affect on higher level cognition: A review of research on interpretation, judgement, decision making and reasoning. Cognition and Emotion, 2010;24:561-595.
- [11] Cooper K, Gregory JD, Walker I, et al. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 2017;45:110 -123.
- [12] Zhao Y, Jiang Y, Zhang W, et al. Relationship between risk perception, emotion, and coping behavior during public health emergencies: A systematic review and meta-analysis. Systems, 2023;11:181.
- [13] Coelho CM, Suttiwan P, Arato N, et al. On the nature of fear and anxiety triggered by COVID-19. Frontiers in Psychology, 2020;11:58:1314.
- [14] 樋口匡貴, 荒井弘和, 伊藤拓, 中村菜々子. 東京都在住者における新型コロナウイルス感染症の予防行動およびその関連要因の変遷: 第 1 回緊急事態宣言および第 2 回緊急事態宣言期間中を中心とした検討. Journal of Health Psychology Research, 2022;35:71-81.
- [15] 厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000116049.html>) (2024 年 1 月 10 日閲覧)
- [16] 公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会ホームページ (<http://fjcbcp.or.jp/>) (2024 年 1 月 10 日閲覧)
- [17] 平井啓. がん患者への Bio-Psycho-Social Model によるケア. 心身医学, 2018;58:231-236.

*責任著者 Corresponding author : 渡邊清高 (e-mail: kiyowata@med.teikyo-u.ac.jp)

総説

新型コロナウイルス感染症、そして、今後の健康リスク Health risks: COVID-19 and beyond

加藤美生¹⁾、坪倉正治²⁾、横田理恵³⁾、宮脇梨奈⁴⁾
Mio Kato¹⁾, Masaharu Tsubokura²⁾, Rie Yokota³⁾, Rina Miyawaki⁴⁾

- 1) 国立感染症研究所感染症危機管理研究センター
 - 2) 福島県立医科大学放射線健康管理学講座
 - 3) 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分野
 - 4) 明治大学文学部
- 1) Center for Emergency Preparedness and Response, National Institute of Infectious Diseases
 - 2) Department of Radiation Health Management, Fukushima Medical University
 - 3) Department of Health Communication, School of Public Health, The University of Tokyo
 - 4) School of Arts and Letters, Meiji University

Abstract

The COVID-19 pandemic presented health crisis responders with a major challenge: the infodemic. An infodemic refers to the mass flow of information, including correct information along with misinformation, disinformation, rumors and misleading information, in digital and offline media environments during a health crisis outbreak. In this symposium, three researchers presented topics on infodemic management. They introduced similarities in risk communication between COVID-19 and the Fukushima nuclear accident based on the real-life experiences of medical experts, mass media dissemination of information on lifestyle factors related to fertility, and the impact of citizens' digital health literacy on their health. The development of digitalization, especially the increased use of social networking and the internet, allowed a discussion on risk communication today – where information is spread quickly across borders – from the perspectives of diverse stakeholders. The participants were able to share suggestions for infodemic management required to communicate known risks, risks that require reassessment and unknown health risks.

要旨

新型コロナウイルス感染症パンデミックはインフォデミックという大きな試練を健康危機管理対応者に与えた。インフォデミックとは、健康危機発生時にデジタルメディア環境やオフラインのメディア環境において、正しい情報だけでなく誤情報や偽情報、噂、誤解を招くような情報を含む、様々な情報が大量に流れる状態を指す。本シンポジウムでは、インフォデミック・マネジメントに関して、3名の研究者が話題提供を行った。医療専門家の実体験による新型コロナウイルス感染症パンデミックと福島原発事故のリスクコミュニケーションにおける類似点の紹介、妊孕性に関するライフスタイル因子のマスメディアによる情報発信、市民のデジタル・ヘルスリテラシーの健康への影響が紹介された。デジタル化の発展、特に SNS やインターネットの利用拡大により、情報がより迅速にボーダーレスに拡散される現代のリスクコミュニケーションに関して、多様なステークホルダーの視点で討論することができた。そして、既知のリスクだけでなく、評価が変わるようなリスク、未知の健康リスクのコミュニケーションで求められるインフォデミック・マネジメントへの示唆を共有することができた。

キーワード: リスクコミュニケーション、インフォデミック、マスメディア、デジタル・ヘルスリテラシー

Keywords: risk communication, infodemic, mass media, digital health literacy

1. 序文

新型コロナウイルスパンデミック初期の 2020 年 2 月、世界保健機関 (WHO) のテドロス事務局長は「我々はパンデミックと戦っているだけでなく、インフォデミックと戦っている」と述べた (WHO, 2020)。インフォデミックは感染症パンデミックのみに起こる事象ではなく、「疾病の広がりと共に、正確な情報と誤った情報が混在し、情報で溢れかえる状態」と定義され、科学そのものや保健当局に対する信頼を損ない、人々の健康や公衆衛生への対応に直接的な悪影響を及ぼすだけでなく、既存の社会的格差やスティグマ、ジェンダー格差、世代間の差を増大させ、社会

の分極化を進めてしまうことが明らかである (WHO)。デジタルメディアの発展に伴い、インフォデミック・マネジメントにはリスクコミュニケーション (RC) とコミュニティエンゲージメント (CE) が重要な役割を担う。本シンポジウムでは、主に RC における多様なステークホルダーのうち、医療専門家、マスメディア (報道機関)、市民の観点からインフォデミックの予防や対応につながる知見を得た。

2. シンポジウムにおける各報告

2.1 新型コロナと福島原発事故のリスクコミュニケーションにおける類似点

坪倉正治 (Masaharu Tsubokura)

2.1.1 新型コロナと福島原発事故における健康の観点からの類似点

新型コロナパンデミックと東京電力福島第一原子力発電所後の状況は、対応しなければならない健康課題という観点において、多くの類似点が存在する。その最たるものはウイルスや放射線といった、中心となるハザードの影響だけではなく、間接的 (二次的) 影響、言い換えれば、ハザードが存在することで引き起こされる周辺の社会環境変化および生活環境変化に伴う影響が看過できないことである (Tsubokura, 2018)。

二次的健康影響とは、災害の中心となるハザード (例えば原発事故やコロナウイルス感染症) から直接ではなく、生活習慣や社会環境の変化などによって引き起こされる健康問題を指す。原発事故後の住民には、放射線被ばくだけでなく、ストレスや慢性疾患、医療アクセスの悪化など、様々な問題が生じた。これらの影響は、災害からの時間経過に応じて、日から週、月から年、数年以降の段階で変化した。具体的には、災害直後から数週間では外傷や感染症の増加、老人ホームからの避難、医療アクセスの悪化などが顕著であり、数ヶ月から数年では生活環境の変化による健康影響、例えば、仮設住宅への移動に伴う運動不足や肥満、糖尿病の悪化、精神的なストレスなどが挙げられる。さらに数年後には、放射線被ばくへの不安や偏見、地域の高齢化や過疎化により介護ニーズが増加することも懸念されている。いじめや、次世代影響への明らかな誤解も問題となった (Sawano, Nishikawa, Ozaki, Leppold, & Tsubokura, 2018)。重要な点は、放射線被ばくの評価と管理が重要である一方で、健康問題は直接の放射線被ばく以外の要因が多く影響しており、これらは個人の行動ではなく社会や環境の影響を反映していることである。そのため、災害対策や復興計画においては、放射線被ばくだけでなく、生活環境や社会支援の整備も含めた総合的なアプローチが必要となった。その一方、福島原発事故およびその放射線被ばくに伴う健康影響は、2021年3月に国連の委員会 (UNSCEAR) から、最新の報告書が発表され、甲状腺がんを含め、放射線被ばくに伴ったがん増加の可能性は低いと報告されている。

新型コロナと放射線はリスクが異なり、結果的に福島原発事故後の放射線リスクは大きなものでは無かった。その一方実際に、新型コロナに感染し命を落とした方は多くおられる。しかし、新型コロナに伴う二次的な健康影響は看過されるべきものではないと考える。例えば新型コロナの感染防御対策の一つとしてのロックダウンの負の影響など、今後の検証が必要であろう。

2.1.2 福島原発事故後のリスクコミュニケーションの変遷

東日本大震災および東京電力福島第一原子力発電所後に必要とされた健康に関する情報は、災害後の時間経過とともにその形を変えてきた (Murakami et al., 2017)。事故当初の放射線説明会では、多くの発信主体がバラバラに発信を行ったため、多くの住民は何が正しいかわからず翻弄された (Sawano, Ozaki, Hori, & Tsubokura, 2019)。放射線の基礎知識の重要性はもちろんであったが、原子炉の仕組みや被ばくと健康影響の一般論ではなく、日常の生活につながる具体的な生活の知識を多くの住民は求めており、車座集会や個別対応の重要性も認識されるようになった。その一方で、時間経過とともに必要とされる情報も変わり、受け手の認識も変化してきた。一例として学校での放射線教育を例に挙げる (Tsubokura, Kitamura, & Yoshida, 2018)。震災後数年までは、多くの学生が真剣に取り組んでいたが、徐々に学生たちの興味が薄れたり、飽きた様子が見られたりするようになった。一部の生徒は放射線に対する恐怖心を克服したと主張し、授業の中で事故や被ばくの説明は不要だと考えるようになった。さらに数年が経ち、コロナ禍も経験し、原発事故はさらに昔のこととなった。ほとんどの小学生が震災後に生まれ、授業をする側にもより工夫が求められるようになり、授業時間内で、なぜ放射線の授業が必要なのかを説明する必要があるようになった。とはいえ、原発周辺の地域では現在でも徐々に避難指示の解除が進んでおり、避難指示解除が最近の自治体であれば、放射線に関する情報の発信や相談は依然として必要とされている。

新型コロナも、懸念される変異株 (VOC) の発生に伴いその毒性も変化し、ワクチン接種後となると、世代ごとに人ごとにリスクが異なる状況がより鮮明となった。情報の発信主体も、それに合わせた個別的な対応がより求められ

る。その一方で、基礎的な知識についてはどんどんと忘れ去られ、定着しない状況もあり、継続的な基礎知識の発信や、学校教育との連携も必要となろう。

2.1.3 SNS 対策の重要性

福島原発事故後も SNS によって様々な情報が飛び交った。筆者らは福島原発事故後半年間の SNS 上での放射線関連情報の解析を行い、以下の 2 点を明らかにしている (Tsubokura, Onoue, et al., 2018)。一つは、ごく少数のインフルエンサーによる発信が、流通する情報の大部分を占めることである。実際に、福島原発事故から半年間に発信された放射線関連のツイートのうち、約半数がリツイートであり、そしてそのリツイートの約 40% が上位 100 人程度のインフルエンサーによる発信であった。インフルエンサーのバックグラウンドは様々であり、放射線とは全く関係のない有名人や、行政に対する批判を繰り返すことで有名となるアカウントが目立った。一方で、科学者や行政の影響力は相対的に小さく、情報の正確性よりも感情的な発信が拡散された。二つ目は、放射線に関する情報がコミュニティごとに分断され、一方的な情報に晒されやすいという点である。この分断は福島原発事故から 1 か月以内に起こり、分断された群間ではお互いに情報の流通が少なくなったと報告されている。この状況は「エコーチャンバー」現象と呼ばれ、インターネットおよび多くの SNS が持つ特性である。

このような状況はコロナ禍でも同様であった。インフルエンサーによるとすれば事実と異なる発信や、意図的に情報を拡散するボットなど、SNS の問題はさらに拡大している。少なくともリスクコミュニケーションを行っていく科学者はそのような基礎的な状況を理解し、SNS の特性を知ることが大切であろう。

2.2 妊孕性に関わるライフスタイル因子の情報をどのように発信するか 横田理恵 (Rie Yokota)

2.2.1 日本における不妊リスクのライフスタイル因子に関する知識の現状

1994 年に国連の国際人口開発会議において、リプロダクティブヘルスという用語が定義されて以来、妊娠前の男性と女性の健康は国際的な関心の高いトピックになっている。子どもを産む意思決定には、妊孕性や不妊に関する知識が重要である。

日本では、およそ 3 組に 1 組が不妊について心配したことがある (国立社会保障・人口問題研究所, 2015)。したがって、不妊予防のために、不妊リスクのライフスタイル因子を知ることが重要である。エビデンスに基づく不妊リスクのライフスタイル因子とは、年齢、性感染症、心理的ストレス、喫煙、アルコール、栄養・食生活、身体活動・運動、やせ、過体重・肥満、環境汚染である (Anderson et al., 2010)。一方で、日本の生殖年齢にある人々の妊孕性に関する知識は、不十分である (Maeda et al., 2015)。不妊リスクのライフスタイル因子に関する知識の欠如には、マスメディアの不正確な情報の提供が関係していると指摘されている (Maeda et al., 2015)。本稿では、インターネット上の情報や雑誌の情報の分析に基づき、不妊リスクのライフスタイル因子をどのように発信するかについて論じる。

2.2.2 インターネット上の情報の分析と 3 つの情報発信の方針

まず、インターネット上の情報の内容分析に基づき (Yokota et al., 2020)、不妊リスクのライフスタイル因子についてどのように発信するかについて論じる。本研究は、妊娠を考える人が、インターネットで検索した際に、接触する可能性のある不妊リスクのライフスタイル因子に関する記載を量的に分析し、発信者別、男性不妊リスク・女性不妊リスク別、不妊リスクのライフスタイル因子別の傾向を検討することを目的としている。その結果、不妊リスクのライフスタイル因子の情報発信の 3 つの指針が示唆された。

2.2.2.1 アンチ・スティグマのコンテンツを増やす

情報発信の指針の 1 つ目は、アンチ・スティグマのコンテンツを増やすことである。インターネット上の情報を発信者別にみると、病院・クリニック、マスメディアの発信が約 70% を占める一方で、個人の発信が少ない状況であった。これには、不妊のスティグマが関係している可能性が考えられる。不妊のスティグマとは、「結婚したら子どもをもつ」という社会的期待に逸脱していると人々からネガティブなレッテルを貼られ、当事者自身がその価値観を内面化する一連のプロセスのことである。こうした不妊のスティグマを低減するアンチ・スティグマのコンテンツを増やす必要が本研究から示唆された。

2.2.2.2 男性の不妊リスクのライフスタイル因子の発信を増やす

情報発信の方針の 2 つ目は、男性の不妊リスクのライフスタイル因子の情報を増やすことである。インターネット上の情報を男女別でみると、すべてのライフスタイル因子で男性よりも女性の出現頻度が高かった。これには、不妊

原因の半分は男性に起因するにも関わらず、妊娠に関することは女性の問題とする社会通念が影響している可能性が考えられる。男性不妊のライフスタイル因子に関する情報のより積極的な発信と、妊娠に関することは男性の問題でもあることを認識するような情報発信が望まれる。

2.2.2.3 バランスのとれた情報提供が必要である

情報発信の指針の 3 つ目は、バランスのとれた情報提供の必要である。インターネット上の情報を不妊リスクのライフスタイル因子別に見ると、心理的ストレス、性感染症の出現頻度が突出して高かった。これには、病院・クリニックで性感染症に関する発信が多く、栄養・食生活に関してはマスメディアでの発信が多かったことが影響している。病院・クリニック、マスメディアは、それ以外のエビデンスに基づくライフスタイル因子に関する情報を発信し、バランスのとれた情報提供を行う必要がある。

2.2.3 雑誌の情報の分析と 4 つの情報発信の方針

つぎに、雑誌の情報の内容分析に基づき (Yokota et al., 2023)、不妊リスクのライフスタイル因子についてどのように発信するかについて論じる。本研究は、妊娠を考える人が雑誌を読む際に、接触する可能性のあるライフスタイル因子 (不妊のリスク因子・修正可能な因子) に関する記載を帰納的に抽出し、量的に検討したものである。その結果、妊孕性に関わるライフスタイル因子の情報発信の 4 つの方針が示唆された。

2.2.3.1 バランスのとれた情報提供が必要である

情報発信の方針の 1 つ目は、インターネットの研究と同様に、バランスのとれた情報の発信の必要である。雑誌に掲載されているライフスタイル因子をカテゴリー別にみると、栄養・食生活関連の出現頻度が突出して高い。しかしながら、エビデンスに基づく不妊リスクのライフスタイル因子のうち、過体重・低体重、アルコール、感染症、喫煙の出現頻度は低い。雑誌においてもバランスのとれた情報提供が必要である。

2.2.3.2 プライオリティをつけた情報発信が必要である

情報発信の方針の 2 つ目は、プライオリティをつけた情報発信の必要である。雑誌に掲載されているエビデンスに基づくライフスタイル因子は、雑誌に掲載されている不妊リスクの因子や修正可能な因子 76 因子中上位 20 位までに含まれていた。しかし、子宮内膜症などの不妊原因となる病因を発見し、治療するためには、検診が重要であるが、検診は、栄養・食生活や冷えよりも記載が少なかった。情報の発信者は、プライオリティをつけた情報発信をする必要である。

2.2.3.3 エビデンスに基づく情報発信が必要である

情報発信の方針の 3 つ目は、エビデンスに基づく情報発信の必要である。雑誌に記載されているライフスタイル因子にはエビデンスが十分ではないライフスタイル因子 (例: 睡眠習慣、アロマセラピー、コンピュータの使用、マッサージ) などが含まれていた。読者は、事前に正確な情報を持っていたとしても、不正確な情報を読んだ後には、誤った認識を持つことが知られている (Rapp, 2016)。情報の発信者は、エビデンスに基づく情報発信が必要である。

2.2.3.4 情報過多でない情報発信が必要である

情報発信の方針の 4 つ目は、情報過多ではない情報発信の必要である。雑誌には、計 76 因子が推奨されるライフスタイル因子として記載されていた。雑誌のライフスタイル因子の記載の多さによって、読者は混乱し、対処できなくなっている可能性が考えられる。したがって、情報過多ではない情報発信が必要である。

2.2.4 結論

本稿では、インターネット上の情報や雑誌の情報の分析に基づき、不妊リスクのライフスタイル因子をどのように発信するかについて論じた。妊孕性に関する情報の発信の指針は、(1) アンチ・スティグマのコンテンツを増やすこと、

- (2) 男性の不妊リスクのライフスタイル因子の発信を増やすこと、
- (3) バランスのとれた情報発信の必要があること、
- (4) プライオリティをつけた情報発信が必要であること、
- (5) エビデンスに基づく情報発信が必要であること、
- (6) 情報過多ではない情報発信が必要であることである。

2.3 インフォデミックから考えるデジタル・ヘルスリテラシーの健康への影響

宮脇梨奈 (Rina Miyawaki)

2.3.1 パンデミックとインフォデミック

新型コロナウイルスの感染拡大により、世界保健機関 (WHO) は 2020 年 3 月 11 日に感染症の世界的大流行「パンデミック」を宣言した。感染症の拡大と同時に感染症に関するさまざまな情報が増大し、正しい情報だけでなく、

嘘やデマを含む不確かな誤情報や悪意を伴うような偽情報も氾濫した。WHO は、この状況を「information (情報)」と「epidemic (感染症流行)」を組み合わせた「インフォデミック」と表現した。この時の情報伝達力は、スペイン風邪流行時の約 250 万倍、携帯電話やインターネットが普及し始めた SARS 流行時の約 68 倍とも試算されている。これには、情報検索や取得だけでなく、双方向性をもったインターネットや情報の発信・共有が容易なソーシャルメディアが大きく影響しているだろう。

2.3.2 インターネット上の情報とデジタル・ヘルスリテラシー

近年、メディア環境は大きく変化しているが、日本においてもインターネットの利用状況は 84.9%で、健康情報源としても接触度が高い。また何らかのソーシャルネットワーキングサービス (SNS) の利用も 80.0%までに増加し、従来からの知人とのコミュニケーションのための利用が最多だが、6 割以上は知りたい情報を探すためにも利用している。インターネットは、従来の情報の流れが一方向で、Web サイトにて情報を検索し、取得すること (Web1.0) だけにとどまらず、利用者が編集やコンテンツ投稿ができるサイト、SNS、アプリなどにて、利用者自らが情報を発信・共有すること (Web 2.0) も可能になった。そして医療・健康分野でも、Web 1.0 から Web 2.0 への変化に合わせ、インターネット上の情報を収集し活用する能力 (Health1.0) だけでなく、インターネットの双方向性に対応した多様な能力 (Health 2.0) も考慮する必要性が指摘され始めた (van de Belt, Engelen, Berben & Schoonhoven, 2010)。

インターネット、SNS を日常的に利用するようになった私たちは、Health 1.0 に対応した eヘルスリテラシーから Health 2.0 に対応したデジタル・ヘルスリテラシー (DHL) が求められるようになった。具体的には、(1) 操作スキル、(2) 情報検索、(3) 情報評価、(4) ナビゲーションスキル、(5) コンテンツ投稿、(6) プライバシー保護の 6 つのスキルが必要であり、その評価指標 (Digital Health Literacy Instrument : DHLI)も開発され (van der Vaart & Drossaert, 2017)、日本語でも評価が可能となっている (宮脇、加藤、河村、石川 & 岡, 2023)。またパンデミック下では、DHLI を COVID-19 に合わせ改編した指標 (COVID-HL Network) にて各国で DHL が評価された。

2.3.3 インフォデミックとデジタル・ヘルスリテラシーの健康への影響

WHO がインフォデミックとし情報の氾濫に警鐘を鳴らした頃、日本でも新型コロナウイルス感染症に関する情報流通調査 (総務省, 2020) が行われている。この調査によると、95%以上の者が 1 日に 1 回以上は COVID-19 の情報やニュースに接触し、そのうち 7 割以上が間違った情報や誤解を招く情報に接触していた。さらに誤情報に接触した 4 人に 3 人はその情報の真偽を判断できず、3 人に 1 人がそれを拡散・共有していた。ここには DHL も関わり、感染状況、混乱、公的機関やその情報への不信感、そして感染対策や健康に関する意思決定、そして健康にも影響した可能性がある。

実際に諸外国での研究では、DHL と適切な予防行動やワクチン接種意図との関連 (Patil, et al., 2021) や、誤・偽情報が、ワクチン忌避や接種率の低下、誤った感染対策の助長、そして、メンタルヘルスの不調、失明、入院、死亡などの深刻な健康への悪影響をもたらしたことも報告されている (Gao et al., 2020; Islam et al. 2020)。医療従事者、アジア出身者、帰国などで隔離された者への偏見を生み、非難、身体的嫌がらせ、暴力的な攻撃など社会的健康へも影響を及ぼした。極端な事例も含まれるが DHL が十分でない場合、正確な情報の特定が困難になり、情報の虚偽の認識ができない、誤情報を信じる、拡散することにもつながり、健康への悪影響をもたらしかねない。

2.3.4 今後、考えらえるデジタル・ヘルスリテラシーの健康への影響

オンラインでの医療・健康関連の情報提供やサービスの活用は、コロナ禍を経てより進み、多様化した。オンライン診療や服薬指導が行われるようになり、ピアサポートや患者間交流、介護予防の取り組みとしての通い場でもオンラインも活用されるようになった。公的・医療機関のソーシャルメディアでの情報発信、健康の維持・増進のための双方向性のある SNS やアプリの活用等、インターネットの利用価値はますます高まっている。

健康状態は eヘルスリテラシーとの関連が示されてきたが、DHL との関係も確認されている。COVID-19 パンデミック・インフォデミック下では、情報探索行動、予防行動、ワクチン接種への影響が確認されており、オンラインの活用が進むにつれ、より健康行動や医療・介護・介護予防サービスの利用とも関係してくる可能性が高い。DHL の高低が健康分野での情報格差、ひいては健康格差へも繋がりがかねない。

また、利用価値の高まりにより、営利的な情報やフェイクニュース等、必ずしも良質とは言えないコンテンツの増加や情報の質に問題が生じることもある。これまでのヘルスリテラシーへの指摘同様に、DHL でも情報の評価やプライバシー対策を含めた双方向性に対応したスキルが低い傾向にあることも確認されている。誰もが双方向性をもって、オンライン上の健康情報を利活用でき、デジタル技術を介した健康・医療分野での健康格差が広がらないよう、DHL を評価することで、介入が必要な対象者の特定や、対象者に合わせた支援策の検討も必要だろう。

3. シンポジウムにおける議論の要点

東日本大震災時と同様、新型コロナウイルス感染症パンデミック時にも、医療専門家が科学的根拠に基づいた情報発信を行ったところ、誹謗中傷などの暴力を受けていることが明らかになった。その解決策のひとつとして、一人ではなく、集団での情報発信が提案された。また、マスメディア（報道機関）に期待される情報発信の方針として、情報過多を防ぐために、バランスのとれた、科学的根拠に基づいた内容を、優先度をつけた上で発信することが提案された。また、受信者でもあり発信者でもある市民のデジタル・ヘルスリテラシーを養成することによって、インフォデミックによる影響を低減することができる可能性が認識された。このように、各ステークホルダーの知識やスキルを向上させるとともに、ステークホルダー間のリスクコミュニケーションがインフォデミック・マネジメントの礎となることが示唆された。

4. 結語

本稿では、第 15 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会シンポジウム II 「新型コロナウイルス感染症、そして、今後の健康リスク」から、各シンポジストの報告と会場での議論をまとめた。インフォデミックの興りと発展のスピードに適時適切に対応するためには、ステークホルダーがインフォデミック・マネジメントに関わるのが重要である。本シンポジウムで紹介された、医療専門家、マスメディア（報道機関）、市民に関する知見を共有することで、今後、それぞれの課題に対して具体的な対策を進め、次の健康危機のプリペアドネスを充実させることが望まれる。

研究資金

本研究に関連した資金提供はない。

利益相反自己申告

すべての著者において、開示すべき利益相反はない。

引用文献

- Anderson K, Norman RJ, & Middleton P. (2010). Preconception lifestyle advice for people with subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*(4), Cd008189. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008189.pub2>
- COVID-HL Network. <https://covid-hl.eu/research/survey/> (2023 年 12 月 22 日アクセス可能)
- Gao J, Zheng P, Jia Y, et al. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*, 15, e0231924.
- Islam MS, Sarkar T, Khan SH, et al. (2020). COVID-19-related infodemic and its impact on public health: a global social media analysis. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103, 1621–1629.
- Maeda E, Sugimori H, Nakamura F, et al. (2015). A cross sectional study on fertility knowledge in Japan, measured with the Japanese version of Cardiff Fertility Knowledge Scale (CFKS-J). *Reprod Health*, 12, 10. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-10>
- Murakami M, Sato A, Matsui S, et al. (2017). Communicating With Residents About Risks Following the Fukushima Nuclear Accident. *Asia Pac J Public Health*, 29(2_suppl), 74S-89S. doi:10.1177/1010539516681841
- Patil U, Kostareva U, Hadley M, et al. (2021). Health literacy, digital health literacy, and COVID-19 pandemic attitudes and behaviors in US college students: implications for interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3301.
- Rapp DN. (2016). The consequences of reading inaccurate information. *Curr Dir Psychol Sci*, 25(4), 281-285. <https://doi.org/10.1177/0963721416649347>
- Sawano T, Nishikawa Y, Ozaki A, Leppold C, & Tsubokura M. (2018). The Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident and school bullying of affected children and adolescents: the need for continuous radiation education. *Journal of radiation research*, 59(3), 381-384. doi:10.1093/jrr/rry025
- Sawano T, Ozaki A, Hori A, & Tsubokura M. (2019). Combating 'fake news' and social stigma after the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant incident-the importance of accurate longitudinal clinical data. *QJM*, 112(7), 479-481. doi:10.1093/qjmed/hcz049

- Tsubokura M. (2018). Secondary health issues associated with the Fukushima Daiichi nuclear accident, based on the experiences of Soma and Minamisoma Cities. *Journal of the National Institute of Public Health*, 67(1), 71-83. doi:10.20683/jnip.67.1_71
- Tsubokura M, Kitamura Y, Yoshida M. (2018). Post-Fukushima radiation education for Japanese high school students in affected areas and its positive effects on their radiation literacy. *J Radiat Res*, 59(suppl_2), ii65-ii74. doi:10.1093/jrr/rry010
- Tsubokura M, Onoue Y, Torii HA, Suda S, Mori K, Nishikawa Y, et al. (2018). Twitter use in scientific communication revealed by visualization of information spreading by influencers within half a year after the Fukushima Daiichi nuclear power plant accident. *PLoS One*, 13(9), e0203594. doi:10.1371/journal.pone.0203594
- van de Belt TH, Engelen LJ, Berben SA, Schoonhoven L. (2010). Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e18.
- 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.
- World Health Organization : 1st WHO Infodemiology Conference. 2020 年 6 月 30 日 <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/06/30/default-calendar/1st-who-infodemiology-conference>. (2024 年 1 月 5 日アクセス可能)
- World Health Organization : Infodemic. https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1. (2024 年 1 月 5 日アクセス可能)
- Yokota R., Okuhara, T., Ueno, H., Okada, H., Furukawa, E., & Kiuchi, T. (2020). Online Japanese-language information on lifestyle factors associated with reduced fertility: Content analysis. *J Med Internet Res*, 22(8), e19777. <https://doi.org/10.2196/19777>
- Yokota R., Okuhara, T., Okada, H., Furukawa, E., & Kiuchi, T. (2023). Japanese Magazine Articles on Lifestyle Factors Associated with Fertility: A Content Analysis. *Women*, 3(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/women3030031>
- 国立社会保障・人口問題研究所. (2015). 2015 年社会保障・人口問題基本調査<結婚と出産に関する全国調査>第 15 回出生動向基本調査 結果の概要. URL: https://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou15/NFS15_gaiyou.pdf (2023 年 12 月 10 日アクセス可能)
- 総務省. (2020).新型コロナウイルス感染症に関する情報流通調査報告書. https://www.soumu.go.jp/main_content/000693280.pdf (2023 年 12 月 22 日アクセス可能).
- 宮脇 梨奈, 加藤 美生, 河村 洋子, 石川 ひろの, 岡 浩一朗. (2023). デジタル・ヘルスリテラシー尺度 (DHLL) 日本語版の開発. *日本公衆衛生雑誌*, 71(1); 3-14.

*責任著者 Corresponding author : 加藤美生 (e-mail: mkato-ctr@umin.ac.jp)

書籍紹介：2023 年度ヘルスコミュニケーション学関連学会優秀書籍賞受賞

中山和弘 著『これからのヘルスリテラシー 健康を決める力』
(講談社、2022 年)

Book Review

Health Literacy in the Future: The Power to Determine Health by Kazuhiro Nakayama

中山和弘
Kazuhiro Nakayama

聖路加国際大学大学院看護学研究科

Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University

1. ヘルスリテラシーとその日本の状況

2023 年度のヘルスコミュニケーション学関連学会優秀書籍賞をいただいた『これからのヘルスリテラシー 健康を決める力』(講談社、2022 年)について、その概要を紹介する。各パートについて、できる限り文献をあげて(全体で約 300 件)記述しているので、関心を持たれたところだけでも読んでいただければありがたい。

ヘルスリテラシーとは、健康情報を入手

し、理解し、評価し、意思決定するというプロセスを踏む 4 つの力である(図 1)。意思決定とは 2 つ以上の選択肢から 1 つを選ぶことであり、そもそも選択肢がなければ行えない。ヘルスリテラシーは、ヘルスケアの利用や疾病の予防のみならず、ヘルスプロモーションのために不可欠だとされる。ヘルスプロモーションとは、個人が行動を変える力だけではなく、その力をサポートするためにコミュニティや集団によって環境を変える力を身につけることを目指すもので、エンパワーメントのための活動である。ナットビームは、このような環境や社会を変える活動に参加できる力を批判的ヘルスリテラシーと呼んで区別したり。このエンパワーメントについて書いたコラムの内容を次に紹介したい。

映画「ボヘミアン・ラプソディ」は、英国のロックバンド・クイーンの前鋒フレディ・マーキュリーさんの半生を描いている。空港で荷物の運搬係をしていた彼はメンバーと出会い大成功し、45 歳でエイズのため亡くなった。メンバーにエイズを告げた時のセリフが心に残る。「同情は時間の無駄だ。時間はすべて音楽に使う。悲劇の主人公にはならない。俺が何者かは俺が決める」。そしてクライマックスでは、大観衆を前に本当の自分を確かめるかのようなパフォーマンスを見せる。映画「こんな夜更けにバナナかよ」では、小学 6 年で筋肉が衰えていく難病の筋ジストロフィーと診断された鹿野靖明さんの半生が題材である。鹿野さんは、「母親には自分の人生を生きてほしい、自分自身の夢も実現したい」と考えて、自らボランティアを集めて自立した生活を送り、42 歳で亡くなった。「俺は一日一日が勝負なんだ」と言って、夜中に「バナナ食べたい」など思いを正直に口にする一方、ボランティアに対しても「本音で話せよ、正直に生きているか」と問いかける。そして「命の責任は自分で持つ」という自分の信念を貫いた。どちらの映画も見た人にパワーを与えてくれる。エンパワーメントという言葉は、生まれ持った力を十分に生かせるよう、人生や生活を自ら決められるようにする、言わば、「本当の自分を生きられるようにする」という意味でも用いられる。しかしそれは決して一人では実現できないもので、それぞれの映画の主人公は、バンドメンバーやボランティアに自分たちは家族だと話す。鹿野さんは「人はできることより、できないことの方が多いんだぞ」「思い切って人の助けを借りる勇気も必要」と語っている。

世界各国では、1 人ひとりがこうした力を育てているかのみならず、例えそれがなくても意思決定できるようなサポート的な環境にあるかを評価するために、ヘルスリテラシーの測定が行われてきている。日本でも同じように測定が行われ、欧州やアジアの国・地域よりも最も低い状況にあった^{2,3)}。健康情報を入手、理解する力でも差が



図 1 ヘルスリテラシーにおける意思決定のプロセス

あったが、仮に理解まではできた場合でも、評価と意思決定で差が大きい傾向が見られた。

入手の難しさの背景には、日本のプライマリ・ケア（身近にあって何でも相談できるケア）の不十分さや米国の MedlinePlus や Mayo clinic、英国の NHS のサイトのようなわかりやすく信頼できる包括的な公的サイトが不足していることがあげられる。理解の難しさについては、求められるものとして必ず紹介されるのは「ティーチバック」である。それは、情報提供をされた患者や市民が理解できたかを確認する方法である。対象に話したことを、自分の言葉で説明してもらって、うまくできなければもう一度、別の方法で説明するものである。ここで大切なのは、対象の理解力不足に注目するのではなく、誰もが理解できるように説明するための研究と実践が進められていることである。例えば、理解しやすいパンフレットやサイトを対象者の目線で評価する方法を開発したり、対象に質問を求めても何を質問してよいかわからないため、質問例のリストを作成したりする努力がされているのである。ヘルスリテラシーが注目されるのは、健康格差が解消されない原因として、情報提供とコミュニケーションの方法に問題があることに気づき、それには専門家こそが変わらなければならないことが明らかになったからである。

2. 情報の評価方法「か・ち・も・な・い」

健康情報の評価の難しさについての背景には、利用する情報源への信頼の問題がある。日本では、新聞やテレビへの信頼が突出して高く、逆にインターネットへの信頼が低くなっていて、これは海外とは逆の結果である⁴⁾。インターネットは、私たちがつくるメディアであり、マスメディアが取り上げる元ネタとなる、まだ加工されていないデータや論文・報告書などのオリジナルの情報（1次情報）を手に入りやすくしている。人がつながるためのソーシャルメディア（英語圏では SNS とは呼ばれない）では、医療者や研究者を含めて多様な人々と情報をシェアしながら意思決定を支え合うことができる。日本人の特徴として、自分で情報を探したり共有したりして意思決定するよりは、信頼するマスメディアに正しい選択肢や答えを教えて欲しい傾向があるようにも見える。

では、そうした多様なメディアから信頼できるものを評価する基準はどのようなものであろうか。見つけた情報が信頼できるかをチェックするために、国際的によく使われている重要なポイントが5つある（表1）（各項目の詳細も重要であるがここでは省略する）。頭文字の『か・ち・も・な・い』は、「情報は5つを確認しないと『価値もない』」と覚えられる。とくに、情報に基づく意思決定のためには、「ち」で、違う情報を見比べて、選べる選択肢が十分にそろっているか、それらの長所と短所をすべてあげられているかの確認が求められる。これらを網羅していない情報は、「な」の何のための情報かという点で客観性に欠け、ある選択肢に誘導しようとしている可能性を否定できない。

表1 情報の信頼性を確認するポイント『か・ち・も・な・い』

か：書いたのは誰か（信頼できる専門家）
ち：違う情報と比べたか（情報の適切さ）
も：元ネタ（根拠）は何か（情報の正確さ）
な：何のための情報か（情報の客観性）
い：いつの情報か（情報の最新性）

3. 自分らしく意思決定する方法「胸（腹）に『お・ち・た・か』」

意思決定については、ヘルスリテラシーが高かったオランダで、世界的成功事例とされている在宅ケア組織ビュートゾルフを起業した看護師の言葉が象徴的である。その根底には「自分の人生のなかで起きるいろいろなことについて自分で判断して決定できれば、自分の人生に自ら影響を与えられるし、より幸せな人生を送ることができる」という信念があるという。オランダでは、1970年代から画一教育ではなく個別教育を開始し、学校教育の段階から、建設的に議論して意思決定する習慣を学ぶことがあげられ、意思決定のスキルを重視している。

また、高い学力や教育が話題になるフィンランドでは、ヘルスリテラシーは誰もが持つべき権利であるとして、日本のように保健体育として保健と体育がセットではなく、保健が独立した科目として重視されている数少ない国の一つである。そこでは、単なる知識だけでなく、実生活でもし意思決定が必要になった時に何を選ぶべきかを考える上で、手に入る情報が信頼できるのかという批判的な評価をディベートによって行い、自分に対しても批判的になり自分の心の声を聞きながら自分の価値観を明らかにするという。さらに、個人レベルだけでなく、個人と地域の健康の両方を考えられるような対話と参加を学ぶために、学校や地域で自分たちの意見を述べて意思決定に参加する機会を得られるようにしている。

これらの国に対して、日本の文部科学省の学習指導要領では、これまでは理解が中心で、最近ようやく課題解決のための思考力や判断力が前面に出たばかりである。保健の科目についても、健康についての課題を見付けその解決に

向けて思考し判断するという内容が新設されたところである。比較できる身近な例として、意思決定をする場である会議やミーティングがある。案が出されるたびに「あーだこーだ」と欠点を指摘してつぶして行って、結局はいい案がないということになった経験はないであろうか。私の講演では、この質問を投げかけると多くの人がうなずく。しかし、ある企業の研修に呼ばれて同じ質問をしたところ、首を振られた。どうしているかを聞くと、まずみんなに自由に選択肢を提案してもらってから（ブレインストーミング、略してブレスト）、それぞれのプロコン（Pros/Cons、長所と短所）をあげて行って、目標やミッション（企業理念）などに一番合っているものは何かを話し合っ選んでいると説明してくれた。後で聞くと、日本を含めて世界中で急成長を遂げた外資系チェーンのみなさんだったことがわかり、苦笑いした。

『世界価値観調査』(2017-2022)によると、幸福感が高い国や地域ほど人生の選択の自由度が高い傾向にある。オランダはいずれも上位であるが、日本の幸福感は先進国では低めで、人生の選択の自由度は 90 の国・地域の中で 88 番目である。日本人は意思決定に自信がなく、避けようとしがちで、衝動的・直感的な方法を用いやすいという研究もある⁵⁶⁾。日本でも自己決定は幸せなのかを調べた研究によると、健康、人間関係に次いで、所得、学歴よりも自己決定（進学先や就職先を自分で決めたか）が幸福感に強い影響を与えていた⁷⁾。この結果からは、健康を自分で決められれば、それも身近な人と信頼関係を築きながらできれば、より幸福になれる可能性があるだろう。冒頭に述べたように、こうした不利な環境や社会を変える力を身につけるというエンパワーメントは、ヘルスリテラシーのコア概念である。

意思決定の方法には、主に 2 つあるとされている。1 つは直感的な意思決定であり、勘や感情を中心とした素早い方法で、日常的によく使われている。しかし、早くできる反面、大事なことを決める時は、選択肢を見落とししたり、よいと思ったものの短所を十分知らなかったりするなど、情報不足のまま選ぶリスクがある。この方法では、さまざまな意思決定におけるバイアスすなわち思わぬ落とし穴があることが知られている。例えば、自分に都合のよい情報ばかり集めて、自分の主張を強化しようとする確証バイアスがある。太っている人が、「非常時のために脂肪としてエネルギーを蓄えている」という情報に飛びついて（体の外に備蓄する選択肢もある）、病気のリスクの情報には見向きもしないといったものである。この他にも、何かをして嫌なことが起こるよりも、何もしないで嫌なことが起きる方がまだましだと思う不作為バイアスあるいは現状維持バイアスなど、実に数多くのものがある。自分の意思決定や他者の意思決定支援のためにも、少なくとも代表的な 10 種類程度は知っておいたほうがよいだろう。

もう 1 つは合理的な意思決定であり、選べる選択肢がすべてそろっているか確認し、各選択肢の長所と短所を知り、自分にとって何が重要かはっきりさせる方法である。時間や手間はかかるが、選ぶ理由が目的に合っていて、誰が見ても納得できる点で望ましいとされている。これは、ビジネスや認知科学の領域のみならず、患者の意思決定を尊重する患者中心の医療でも共通している。

表 2 情報に基づく意思決定のためのプロセス『胸に「お・ち・た・か」』

お： 選択肢＝オプション→選べる選択肢がすべてそろっているか確認する
ち： 長所→各選択肢の長所を知る
た： 短所→各選択肢の短所を知る
か： 価値観→各選択肢の長所と短所を比較して、自分にとって何が重要かはっきりさせる

合理的な意思決定は、表 2 のような 4 つのプロセスが必要となり、選択肢は英語でオプション(option)なので、頭文字を取ると「お・ち・た・か」になる。納得したことを「胸（または腹）に落ちた」と言うので、「胸に『お・ち・た・か』と覚えらるる。

しかし、健康や医療の場合、選択肢の長所と短所について、エビデンス（科学的根拠）に基づいて考えることが大切であるため、専門的な知識が必要となることも少なくない。そこで、専門家と市民や患者が一緒によく考えて意思決定する方法は、シェアードディシジョンメイキング（shared decision making; SDM、協働意思決定）と呼ばれ、市民や患者中心のヘルスケアを実現するために、世界中で広く普及させることが期待されている。そこではやはり、自分で意思決定できることは幸せなことであることが強調され、価値観に合った意思決定を行えるよう「お・ち・た・か」のプロセスを経る支援をするものとされている⁸⁾。

そしてやはり、「お・ち・た・か」を実行するには、それらに見える化したほうがわかりやすい。とくに価値観(values)とは、長所と短所という価値(value)の重要度に優先順位を付けることである。これらを表 3 のように一覧表にすれば、家族・友人あるいは専門家と共有することができるし、専門家によって提供される情報が偏らず、より中立的に支援できる。わかりやすいように意思決定ガイドとしているが、国際的にはディシジョンエイド(decision aid)と呼ばれ、意思決定を支援するツールとして、様々な検査や予防接種、治療法の選択や中止など、数多くが開発され普及

しつつある。エビデンスも積み上げられ、通常のケアと比べて、より知識が増え、正確なリスク認知をしやすく、積極的に意思決定に参加し、情報に基づいて、自分の価値観と一致した決定ができることが示されるようになってきている。

表 3 意思決定ガイド

選択肢 (オプション)	長所	大切さ (価値観)	短所	問題の大きさ (価値観)
		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5

しかし、作成者によって、選択肢に不足がないこと、選択肢の選ばれやすさに違いが出ないこと、誰もが中立的な立場から患者中心に支援することが求められるため、国際的な基準が作成されている。そして、その中心部分は表 3 のような形式で作成されていることが多く、その構成要素はやはり「お・ち・た・か」である。その作成においては、患者中心にするため、当事者である患者やその家族、医療者、関連する専門家が参加することが重要とされている。それらの基準を満たすように、筆者らの研究を含めて日本でも次第に作られるようになってきていて、それらを集めたサイト『患者さんやご家族のための意思決定ガイド (<https://www.healthliteracy.jp/decisionaid/>)』を作成して公開している。ここでは、合わせて国際基準の日本語版も作成して公開している。

4. 「か・ち・も・な・い」と「お・ち・た・か」を学ぶ機会

さらに私たちの最近の研究では、健康や医療のことに限らず、日常的に情報の信頼性を確認する方法である「か・ち・も・な・い」をよくチェックしている人、大事な意思決定のときに「お・ち・た・か」を実施している人ほどヘルスリテラシーが高いことを確認した⁹⁾。同時に、この調査を実施した 2021 年 1 月は、緊急事態宣言下であり、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の予防行動 (厚生労働省や米国 CDC、WHO などの情報を参考とした 8 項目) を多くしていたことも確認した¹⁰⁾。予防行動との関連では「お・ち・た・か」が最も関連が強く、次いで「か・ち・も・な・い」で、ヘルスリテラシー以上にこれらのスキルの大切さが指摘された。

COVID-19 によってインフォデミックとそれへの対処資源としてのヘルスリテラシーが注目された。世界中で、多様な対象者と方法で測定されたヘルスリテラシーは、COVID-19 に関する行動や心理などと関連していたと報告された。そして、キックブッシュは COVID-19 のパンデミックによって、ヘルスリテラシーの第 4 の波として、科学的リテラシーの向上、インフォデミックへの対応、健康データ抽出への対応、ヘルスリテラシーの政治的側面への対応を考える必要があるとした¹¹⁾。また、オカンらは、COVID-19 をヘルスプロモーションの視点で見れば、社会的ワクチン (病気を引き起こすような社会のありかたを変えるために人々に働きかける手段) と呼ばれる概念が、政治や社会を変化させる力である批判的ヘルスリテラシーにあてはまっているとしている¹²⁾。

パンデミックやインフォデミックへの対応としても重要と考えられる「か・ち・も・な・い」と「お・ち・た・か」であるが、前述の調査では、これらの 2 つのスキルは、学校でも職場でも学んだことがない人が多く (いずれも 5~6% しかいなかった)⁹⁾、学ぶ機会の提供や支援が必要ことが明らかとなった。ヘルスリテラシーは測定して変えられる健康の社会的決定要因と言われる¹³⁾。そもそも教育は健康の社会的決定要因の代表的なものであるが、情報の評価と意思決定のスキルを学べていないことが健康格差やリスクへの過剰な反応につながるるとすれば大きな問題である。子どもの頃からそれらは教えられるべきであるし、大人になっても学べる環境を作ることが望まれる。

そのため、ヘルスリテラシーの向上のためには、信頼できる情報に基づいて自分らしく生きるスキルである「か・ち・も・な・い」と「お・ち・た・か」を学べる支援をすることが不可欠である。これらの普及のための学習教材として、YouTube (TikTok でも) の動画を作成したのでご覧いただきたい (図 2、3)。YouTube で「かちも

ない」または「おちたか」で検索することをお勧めする (URL は <https://www.youtube.com/@healthliteracy-skills>)。「お・ち・た・か」を知り、実際に、様々な意思決定に直面した時に、これらを考慮したプロセスを踏むことで、ふだんからの価値観の大切さを知るなどして、スキルが身につくことを期待したい。病気のリスクを抱えたり、病気になったりして、健康や医療に関する意思決定について悩んだりよく考えてみることは、その後の人生に役立つスキルを育む機会にできる可能性もある。



図2 「か・ち・も・な・い」を解説した動画

5. ヘルスリテラシーのある組織や社会と意思決定から見た健康

国際的には、誰もがヘルスリテラシーは低いと想定し、健康情報の入手から意思決定までのプロセスをたどる支援ができる力を持つ医療者または組織を、ヘルスリテラシーのある医療者または組織と呼ぶ。信頼できる情報を見極められない人、意思決定の大切さに気づけない人、意思決定しようとしても環境がサポートタイプではなく、沈黙している人がいるかもしれない。そのような時、健康や医療の関係者はアドボケイトとならなくてはならない。アドボケイトとはアドボカシー (advocacy) を行う者であり、それは擁護するという意味で使われるが、voice や vocal と同じ語源で、「声に出す」ことを意味し、問題があれば黙ってはいないということである。



図3 「お・ち・た・か」を解説した動画

ヘルスリテラシーはソーシャルキャピタルの重要な要素とも言われ、ヘルスリテラシーの向上のためには、互いに信頼しあってつながりの場に参加することが必要だとされている¹⁴⁾。そのような文化や風土を築き上げることが自分たちの健康で充実した生活を作っていくと実感する経験である。お互いの健康の向上のためであるが、それは身体的、精神的健康だけではなく、つながりがあるという社会的な健康も作っていて、そこに参加できている、それを自分たちが作り上げていることで共に喜べる機会を生み出す。そのような経験がソーシャルキャピタルを醸成していくというわけである。

このため、世界的にもヘルスリテラシーを高める方法として注目されているのは、つながりの場である。人々がコミュニケーションをする場で、健康のことが話題になれば効果的だからである。楽しくわかりやすく学べたエビデンスや行動変容の成功体験のナラティブ (語り、物語) がロコミで共有されていけば、意思決定の体験談やそのコツなども伝染していくことが期待される。近年、地域社会の中で「たまり場」「居場所」になっているところとして多種多様なカフェやサロンなどの場ができているし、ソーシャルメディアもつながりをつくるメディアとして期待される。ソーシャルメディアは、医療者にとっても市民や患者との情報共有やヘルスプロモーションでの協働、意思決定の支援のためなどに活用できる。そのベネフィットとリスク、プロフェッショナリズムと倫理的責任など、その道標になるようにと、世界の医師や看護師の団体がその光と影に関するガイドラインを作っているのが参考になる。米国では COVID-19 を機に、誤った健康情報をシェアしてしまう理由と対処方法を説明したツールキットも出た。良くも悪くも、ふだんは会えないバラエティに富む価値観や立場の人々に出会える場であり、つながりを学ぶ場である。

意思決定で大切なことは、何を選んだかという結果だけでなく、どのように選ぶかというプロセスであることが忘れられがちである。誰もが選んだ結果に不満があれば多少は後悔するものであるが、意思決定の方法で後悔すると二重の後悔になる。意思決定では、自分が何を一番大事にするかという価値観が問われ、それは、自分らしさをつくっていくプロセスでもある。何が一番大事かについて、胸に手を当てて心的心声をよく聞くことが求められる。

人生において様々な岐路に立った時に、自分に合った意思決定を積み重ねて、その人らしい人生を歩むことは健康の大事な柱であろう。

最後に、意思決定できる力とそれを支え合えあう社会という点から見ると、健康とはどのようなものだろうか。健康とは「からだ」「こころ」「社会」における3つの力と資源が調和したものであり、「からだ」は、体調管理や病気の予防をし、もし体調を崩してもうまく対処する意思決定ができること、「こころ」は、降りかかる問題や困難を乗り越えるために、人生の意味が見いだせるような、自分らしい意思決定ができて、それを幸せだと感じられること、「社会」は、問題や困難に直面している人たちを孤立させず、適切な意思決定ができるよう互いに協力し、喜び合い、信頼関係をつくることだろう。

謝辞

JSPS 科研費 23390497, 25670928, 15K15811, 16H05569, 20H03967, 20K21729 の助成を受けた成果をもとにしたものです。

利益相反自己申告

本稿に関して、申告すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*, 2000;15(3):259-267.
- 2) Nakayama K, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*. 2015 May 23;15:505.
- 3) Duong TV, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol*. 2017 Feb;27(2):80-86.
- 4) CIGI-Ipsos. 2019 CIGI-Ipsos Global Survey on Internet Security and Trust. 2019. www.cigionline.org/internet-survey-2019.
- 5) Mann L. Cross-cultural Differences in Self-reported Decision-making Style and Confidence. *Int J Psychol*. 1998;33(5):325-335.
- 6) Martinsons MG, Davison RM. Strategic decision making and support systems: Comparing American, Japanese and Chinese management. *Decis Support Syst*. 2007;43(1):284-300.
- 7) 西村和雄, 八木 匡. 幸福感と自己決定—日本における実証研究. RIETI ディスカッション・ペーパー2018 vols 18-J-026. <https://www.rieti.go.jp/publications/dp/18j026.pdf> (参照 2022-04-22)
- 8) Elwyn G, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017;359:j4891.
- 9) Nakayama K, et al. Associations between health literacy and information-evaluation and decision-making skills in Japanese adults. *BMC Public Health* 22, 1473 (2022).
- 10) Nakayama K, et al. COVID-19 Preventive Behaviors and Health Literacy, Information Evaluation, and Decision-making Skills in Japanese Adults: Cross-sectional Survey Study. *JMIR Form Res*. 2022 Jan 24;6(1):e34966.
- 11) Kickbusch I. Health literacy—politically reloaded. *Health Promot Int*. 2021;36(3):601-604.
- 12) Okan O, Messer M, Levin-Zamir D, Paakkari L, Sørensen K. Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic. *Health Promot Int*. Published online January 12, 2022.
- 13) 中山和弘. ヘルスリテラシーとヘルスプロモーション, 健康教育, 社会的決定要因. *日本健康教育学会誌*. 2014;22(1):76-87.
- 14) Kickbusch I, Maag D. Health Literacy. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International Encyclopedia of Public Health*. Academic Press; 2008:204-211. <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/kickbusch-maag.pdf>

*責任著者 Corresponding author : 中山和弘 (e-mail: nakayama@slcn.ac.jp)

投稿日 : 2024 年 3 月 18 日 受理日 : 2023 年 3 月 21 日

原著論文

健康の地域格差と、ヘルスリテラシー、生活習慣および主観的健康観との関連 – 高校生の保護者を対象として –

Relationships between Regional Disparities in Health, Health Literacy, Lifestyle, and Subjective Health Perception: Targeting Parents of High School Students

笠原美香¹⁾、吉池信男¹⁾、大西基喜¹⁾

Mika KASAHARA¹⁾, Nobuo YOSHIKE¹⁾, Motoki OHNISHI¹⁾

1) 青森県立保健大学

1) Aomori University of Health and Welfare

Abstract

BACKGROUND: The regional disparities in life expectancy in Japan pose significant challenges. This research aims to elucidate the relationship between health literacy (HL) levels and lifestyle factors (smoking, exercise, alcohol consumption, and weight management) and subjective health perception in regions with varying life expectancies. **METHODS:** We conducted a cross-sectional study using a self-administered questionnaire in July 2018 with parents of high school students in regions with relatively high life-expectancy (prefectures B and C) and relatively low life-expectancy (prefecture A). The survey items included Communicative and Critical Health Literacy (CCHL) and a 14-item Health Literacy Scale (HLS-14) for HL scores, lifestyle habits (smoking, exercise, alcohol consumption, and weight control), and self-rated health. **RESULTS:** No significant association was found between the two health literacy measures and regions, nor between health literacy and lifestyle habits (smoking, exercise, and alcohol consumption). However, lifestyle habits differed significantly among regions, suggesting lifestyles might be possible background factors for the regional health disparities.

要旨

背景：日本国内の平均寿命の地域格差が課題となっている。本研究では、平均寿命が異なる地域における、ヘルスリテラシー（HL）と生活習慣（喫煙、運動、飲酒、体重管理）および主観的健康感との関連を明らかにすることを目的とする。方法：最長命地域（B 県、C 県）と最短命地域（A 県）の高校生の保護者を対象に 2018 年 7 月、自記式質問紙調査による横断研究を行った。調査項目は、HL 尺度（Communicative and Critical Health Literacy 及び 14-item Health Literacy Scale）、生活習慣（喫煙、運動、飲酒、体重管理）、主観的健康感である。結果：2 つの HL 尺度と地域との間、並びに HL と生活習慣（喫煙、運動、飲酒）の間には有意な関連が認められなかった。一方、生活習慣は地域間で有意な差があり、生活習慣が地域の健康格差の背景要因となっている可能性が示唆された。

キーワード：平均寿命、地域格差、ヘルスリテラシー、生活習慣

Keywords: life expectancy, regional disparities, health literacy, lifestyle habits

1. 序文

わが国の平均寿命（2020 年）は男性 82.73 年、女性 88.29 年で、男女とも世界トップクラスである。しかし、平均寿命の高い地域と低い地域とでは地域格差が認められ、都道府県レベルで、最長、男性で 3.46 年、女性で 1.96 年の開きがある。「健康日本 21（総論）」（厚生労働省、2000）の中でも、65 歳未満区間死亡確率に地域格差があるとして、健康の地域格差への対策が課題とされている。最も平均寿命の短い地域（以下、最短命地域）では、最も平均寿命の長い地域（以下、最長命地域）に比べ、壮年期における死亡率が高く、早世が多いという格差が見られる。こうした死亡率等で測られる健康水準は、健康の社会的決定要因（WHO, 2003）である教育、職業、収入、ソーシャルキャピタルなどの社会的勾配が背景にあるとされ、収入など社会経済的に不利な人は有病率が高く、死亡率が高いこと

(Antonovsky, 1967) も報告されている。また、中山 (2022) は HL を健康の社会的決定要因 (Social determinants health : SDH) として位置づけており、教育歴や世帯収入などに影響される要因であると指摘している。そこで我々は SDH であり、健康情報を正しく活用できる力としての HL に着目し、早世が多い世代の高校生の保護者を対象に、HL や生活習慣 (喫煙、運動、飲酒、体重管理)、主観的健康感と健康の地域格差との関連を検討した。

HL に関する研究は 1990 年代より欧米を中心に進んでおり、さまざまな健康課題と関連が深いことが示されてきた (Nutbeam, 1996, Nutbeam, 2000)。HL が不十分である場合、死亡リスクが高い (Rebecca et al., 2006)、入院率が高い (David et al., 2002)、主観的健康度が低い (Gazmararian et al., 2000)、慢性疾患の知識と自己管理の重要性についての理解が乏しい (Harmon., 2001) 等が報告されている。国内では 2000 年頃より HL の概念が広がり、研究が進んできている (高山 et al., 2005; Ishikawa et al., 2008; Suka et al., 2013)。これまで平均寿命の差のある地域で生活習慣を比較した研究 (佐藤 et al., 2005) はあるが、地域の HL を比較した研究は少ない。国単位での国際的比較はいくつかあり、中山 (Nakayama et al., 2015) がまとめている。一方、わが国の健康の地域格差の指標として HL を比較した研究は極めて少ない。Furuya らは、自治体規模別に比較すると、小自治体では相互作用的/批判的 HL が低い傾向がみられたとしている (Furuya et al., 2015)、他方、中山は日本を 11 区分した場合や人口規模別分類で有意な差はないとしている (中山, 2017)。また、Ishikawa らは日本を 8 区分した比較で、理由は明確ではないが HL (CCHL) が関東より中部で低い結果を示しており (Ishikawa et al., 2023)、一定の地域差を確認している。都道府県別に比較したものとしては、最長命地域と最短命地域という括りで高校生の HL (CCHL) について地域差を検討した我々の研究があり (笠原 et al., 2021)、ここでは高校生の HL に地域差が認められていた。そこで、今回は壮年期に関して、最長命地域、最短命地域間の HL の比較、さらに生活習慣 (喫煙、運動、飲酒、体重管理) および主観的健康感の比較、またこれらの関連を分析することとした。特に HL に関しては、「最長命地域では最短命地域より HL が高く、望ましい生活習慣の人が多い」という仮説を立てて検討した。壮年期については、この世代を一定程度代表するものとして、高校生の親を調査対象とした。

2. 方法

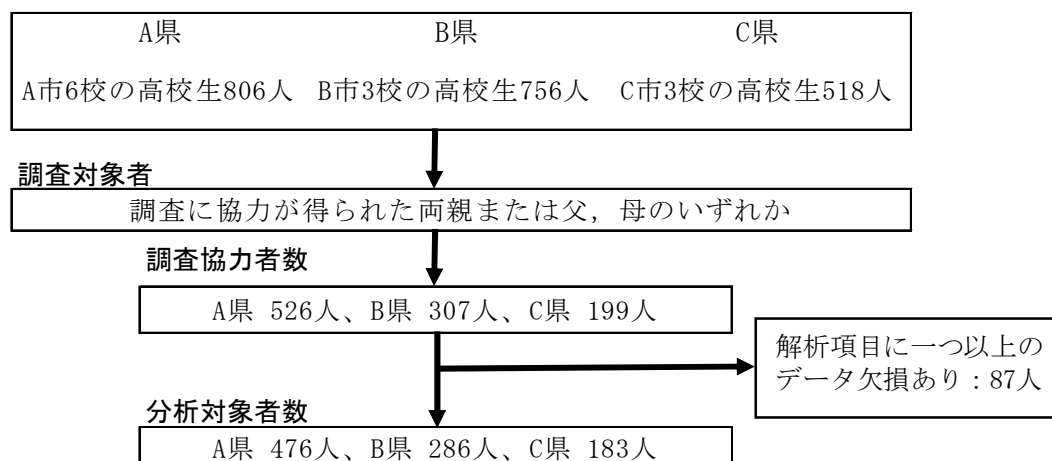
1) 対象地域

対象地域は、最短命地域として A 県 A 市 (人口約 5 万 5 千人、2018 年 6 月末調査時点) とし、最長命地域として A 市と人口規模が同規模の自治体を B 県、C 県から選定し、B 県 B 市 (人口約 5 万人)、C 県 C 市 (人口約 5 万 5 千人) とした。最短命地域では、男性では 15-19 歳、20-24 歳、40-79 歳までの各年代の死亡率が最長命地域より高く (1.25~1.88 倍)、女性でも同様に、25-29 歳、40-69 歳までの各年代で最長命地域より高かった (1.16~1.76 倍) (平成 27 年都道府県別年齢調整死亡率; 厚生労働省 2017)。2020 年の国勢調査による平均寿命は、A 県 A 市男性 79.5 歳、女性 86.3 歳、B 県 B 市男性 82.6 歳、女性 88.5 歳、C 県 C 市男性 82.6 歳、女性 88.0 歳である。

2) 対象者 (図 1)

対象は、調査参加への同意が得られた高等学校の高校 2 年生の保護者であり、A 県 A 市 6 校中 6 校の保護者 526 人、B 県 B 市 4 校中 3 校の同 307 人、C 県 C 市 3 校中 3 校の同 199 人である。なお、本論文は、高校生対象の研究 (笠原 et al., 2021) と同時に行った研究の一環であり、今回の解析では高校生の親を対象とした。

図1 対象者の選定方法



3) 調査方法および調査期間

対象校に研究の趣旨と目的を口頭と文書で説明し、上述の高校生を対象とした調査と同時に行った。高校生1人につき保護者の調査票2部を各校クラス担当教諭から生徒を通じて配布し、家庭で記載、研究者に直接郵送してもらった。依頼書には調査への参加は任意であること、回答をもって調査参加に同意したものとみなすことを明記した。調査票は無記名で行い、個人が特定される項目は設けず、県が特定できる番号を付与し、データを管理した。

調査期間は2018年7月3日～24日であった。

4) 調査項目

個人特性（性別、年代、教育歴、職業）、Communicative and Critical Health Literacy (CCHL) と 14-item Health Literacy Scale (HLS-14)、現在の生活習慣（喫煙、運動、飲酒、体重管理）、主観的健康感を尋ねた。

(1) HL 尺度

HL 尺度は、石川らにより特定の疾病を持たない一般市民を対象に開発し妥当性が検証された Communicative and Critical Health Literacy (CCHL) (Ishikawa et al., 2008) と、須賀らが開発した 14-item Health Literacy Scale (HLS-14) (Suka et al., 2013) を用いた。

CCHL は、相互作用的 HL (3 項目) と批判的 HL (2 項目) の 5 項目で構成されている。5 項目の設問に対し、「全くそう思わない」から「強くそう思う (かなりそう思う)」までの 5 件法で回答し、1 から 5 点の 5 段階評定で得点を算出した。得点が高いほど、CCHL が高いと判断される。

HLS-14 は特定の疾患をもたない一般市民向けの尺度で、下位尺度の機能作用的 HL (5 項目) と相互作用的 HL (5 項目)、批判的 HL (4 項目) 14 項目で構成されている。設問に対し、「全くそう思わない」から「強くそう思う (かなりそう思う)」までの 5 件法で回答し、1 から 5 点の 5 段階評定で得点を算出した。得点が高いほど、HL が高いと判断される。

両尺度は簡便に行える利点があるが、CCHL は健康情報全般についての HL 尺度である一方、機能的 HL を含んでいない。他方、HLS-14 は機能的 HL も含む全 HL を対象とした尺度だが、病気を前提としている点で限定的である。今回、より包括的に HL を評価するために 2 つの尺度を用いた。

(2) 生活習慣および主観的健康感

生活習慣については、Breslow の 7 つの健康習慣より、「喫煙をしない」「定期的に運動をしている」「飲酒はしない、あるいは飲み過ぎないようにしている」「定期的に体重測定をしている」の 4 項目を選択した。また、主観的健康感として、「自身で健康だと思う」という項目を設けた。5 項目とも「はい」「いいえ」の 2 件法の回答とした。

5) 解析方法

地域間での比較のため、各調査項目の記述統計量を A 県、B 県、C 県に分けて示した。また、HL と地域 (A 県を基準カテゴリーとした)、並びに HL と生活習慣の関連をみるため、CCHL、HLS-14 尺度をそれぞれ従属変数とし、独立変数に生活習慣、主観的健康感を、共変量として地域 (A 県を基準)、性別 (男性を基準)、年代 (40 歳代を基準)、最終学歴 (高等学校を基準)、職業 (第三次産業を基準) を強制投入して、重回帰分析を行った。次に、4 項目の生活習慣をそれぞれ従属変数 (「はい」1、「いいえ」0) とし、独立変数には主観的健康感を、共変量には地域、性別、年代、最終学歴、職業を強制投入して、多重ロジスティクス回帰分析により、オッズ比 (OR)、95%信頼区間 (95%CI) を算出した。適合度の判定には、Hosmer と Lemeshow 検定を用いた。

統計解析ソフトには、IBM SPSS Statistics26 を使用し、統計学的有意水準は 5% (両側検定) とした。

6) 倫理的配慮

本研究は、青森県立保健大学研究倫理委員会の承認 (承認番号 1809, 2018 年 5 月 8 日) を受けた。

3. 結果

1) 対象者の属性の比較

分析は、A 県 (県立 4 校、私立 2 校) 526 人、B 県 (県立 2 校、私立 1 校) 307 人、C 県 (県立 3 校) 199 人のうち、欠損値を除外した A 県 476 人、B 県 286 人、C 県 183 人で行った (図 1)。対象者の属性の比較を表 1 に示す。

性別は、A 県男性 169 人 (35.5%)、女性 307 人 (64.5%)、B 県男性 115 人 (40.2%)、女性 171 人 (59.8%)、C 県男性 73 人 (39.9%)、女性 110 人 (60.1%) で有意な差は認められなかった。年代では、女性で地域間に有意な差が認められ ($P < .01$)、30 歳代は最短命地域 (A 県)、40 歳代は最長命地域 (C 県)、50 歳代は最長命地域 (B 県) が多かった。教育歴では、中学校、高等学校は最短命地域 (A 県)、短大・高専、大学・大学院では最長命地域 (B 県、C 県) が多かった ($P < .001$)。最短命地域 (A 県) は、年齢は若く、相対的に低学歴の傾向にあった。職業 (業種) では、最短命地域 (A 県) 男性で建設・工事関係、女性で医療・福祉関係、最長命地域 (B 県) 男性でサービス業関係、女性で事務関係、最長命地域 (C 県) 男性で製造業関係、女性で事務関係が多かった ($P < .01$)。

表1 対象者の属性

		男性				女性				P-value						
		全体 (n = 945)		A県 (n = 169)		B県 (n = 115)		C県 (n = 73)			A県 (n = 307)		B県 (n = 171)		C県 (n = 110)	
		回答者	%	回答者	%	回答者	%	回答者	%	回答者	%	回答者	%	回答者	%	P-value
年代	30歳代	57	(6.0)	12	(7.1)	1	(0.9)	2	(2.7)	31	(10.1)	5	(2.9)	6	(5.5)	< 0.01
	40歳代	631	(66.8)	102	(60.4)	65	(56.5)	43	(58.0)	222	(72.3)	118	(69.0)	81	(73.6)	
	50歳代	245	(25.9)	53	(31.4)	47	(40.9)	25	(34.2)	52	(16.9)	48	(28.1)	20	(18.2)	
	60歳代	12	(1.3)	2	(1.2)	2	(1.7)	3	(4.1)	2	(0.7)	0	(0.0)	3	(2.7)	
教育歴 (最終学歴)	中学校	27	(2.9)	15	(8.9)	1	(0.9)	3	(4.1)	6	(2.0)	1	(0.6)	1	(0.9)	< 0.001
	高等学校	520	(55.0)	103	(60.9)	43	(37.4)	40	(54.8)	206	(67.1)	74	(43.3)	54	(49.1)	
	専門学校	155	(16.4)	27	(16.0)	21	(18.3)	13	(17.8)	53	(17.3)	31	(18.1)	10	(9.1)	
	短大・高専	130	(13.8)	3	(1.8)	11	(9.6)	5	(6.8)	25	(8.1)	50	(29.2)	36	(32.7)	
大学・大学院	113	(12.0)	21	(12.4)	39	(33.9)	12	(16.4)	17	(5.5)	15	(8.8)	9	(8.2)		
個人特性	事務関係	146	(15.5)	13	(7.7)	8	(7.0)	5	(6.8)	59	(19.2)	35	(20.5)	26	(23.6)	< 0.001
	販売関係	79	(8.4)	13	(7.7)	12	(10.4)	4	(5.5)	32	(10.4)	11	(6.4)	7	(6.4)	
	農林漁業関係	61	(6.5)	22	(13.0)	7	(6.1)	1	(1.4)	23	(7.5)	8	(4.7)	0	(0.0)	
	運輸・通信関係	29	(3.1)	12	(7.1)	8	(7.0)	4	(5.5)	0	(0.0)	2	(1.2)	3	(2.7)	
	建設・工事関係	64	(6.8)	40	(23.7)	15	(13.0)	7	(9.6)	1	(0.3)	0	(0.0)	1	(0.9)	
	製造業関係	117	(12.4)	14	(8.3)	15	(13.0)	36	(49.3)	22	(7.2)	24	(14.0)	6	(5.5)	
	サービス業関係	125	(13.2)	23	(13.6)	22	(19.1)	3	(4.1)	41	(13.4)	22	(12.9)	14	(12.7)	
	専門・技術関係	64	(6.8)	13	(7.7)	19	(16.5)	9	(12.3)	10	(3.3)	6	(3.5)	7	(6.4)	
	教育関係	47	(5.0)	9	(5.3)	4	(3.5)	2	(2.7)	10	(3.3)	13	(7.6)	9	(8.2)	
	医療・福祉関係	136	(14.4)	9	(5.3)	4	(3.5)	2	(2.7)	72	(23.3)	30	(17.5)	19	(17.3)	
	主夫 (婦)	71	(7.5)	1	(0.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	33	(10.7)	19	(11.1)	18	(16.4)	
	無職	6	(0.6)	0	(0.0)	1	(0.9)	0	(0.0)	4	(1.3)	1	(0.6)	0	(0.0)	

χ^2 検定

2) HL と地域、属性、生活習慣（喫煙、運動、飲酒、体重管理）および主観的健康感との関連について（表 2）（表 3）

CCHL、HLS-14 とともに、地域との間で有意な関連はなかった。CCHL と有意な正の関連を示したのは「その他の職業（主夫（婦）、無職）」、HLS-14 と有意な正の関連を示したのは「定期的に体重管理をしている」であり、有意な負の関連は最終学歴が「短大/高専」と「その他の職業（主夫（婦）、無職）」で認められた。

3) 4 つの生活習慣と地域、属性および主観的健康感との関連について ～多変量ロジスティクス回帰分析（表 4）

「喫煙しない」では、A 県に比べて B 県、C 県は、有意にオッズ比が高く（すなわち、該当者の割合が高い）、最長命地域では最短命地域に比べて喫煙しない人が有意に多いことが示された。また、男性に比べて女性、30 歳代に比べて 50 歳代、中学校卒業に比べて大学/大学院修了で有意にオッズ比が高かった。

「定期的に運動している」では、A 県に比べて B 県は、有意にオッズ比が高く、最長命地域（B 県）では最短命地域に比べて定期的に運動している人が有意に多いことが示された。また、男性、「自身で健康だと思う」で、有意にオッズ比が高かった。

「飲酒はしない、あるいは飲みすぎない」では、A 県に比べて C 県は有意にオッズ比が高く、最長命地域（C 県）では最短命地域に比べて飲酒はしない、あるいは飲みすぎない人が有意に多いことが示された。また、女性は男性に比べて有意にオッズ比が高く、「一次産業」に比べて「三次産業」従事者、「その他の職業（主夫（婦）、無職）」で有意にオッズ比が高かった（すなわち、該当者の割合が低い）。

「定期的に体重管理をしている」では、地域との関連はなかった。男性に比べて女性、30 歳代に比べて 40 歳代、50 歳代で有意にオッズ比が高かった。

以上のように、最短命地域（A 県）よりも、最長命地域（B 県、C 県）では、望ましい生活習慣をとる者の割合が高いことが示された。

表2 CCHL と地域、属性、生活習慣（喫煙、運動、飲酒、体重管理）および主観的健康感の関連（重回帰分析）

独立変数		β^{\dagger}	B	B の 95.0% 信頼区間		P-value
				下限	上限	
地域	A 県	Reference				
	B 県	0.00	0.00	-0.56	0.57	1.00
	C 県	0.05	0.46	-0.18	1.11	0.16
性別	男性	Reference				
	女性	0.01	0.06	-0.52	0.64	0.84
年代	30 歳代	0.04	0.62	-0.38	1.61	0.22
	40 歳代	Reference				
	50 歳代	-0.05	-0.43	-0.98	0.12	0.13
	60 歳代	0.00	-0.15	-2.21	1.92	0.89
教育歴（最終学歴）	中学校	0.01	0.28	-1.14	1.69	0.70
	高等学校	Reference				
	専門学校	0.02	0.21	-0.44	0.87	0.52
	短大/高専	-0.01	-0.16	-0.88	0.57	0.67
	大学/大学院	0.06	0.71	-0.06	1.48	0.07
職業	一次産業 ^a	-0.06	-0.93	-1.90	0.04	0.06
	二次産業 ^b	-0.06	-0.57	-1.22	0.07	0.08
	三次産業 ^c	Reference				
	その他 ^d	-0.10	-1.32	-2.19	-0.44	< 0.01
喫煙をしない (0=いいえ, 1=はい)		0.00	0.02	-0.52	0.57	0.93
定期的に運動をしている (0=いいえ, 1=はい)		0.07	0.53	-0.01	1.07	0.06
飲酒はしない、あるいは飲みすぎない (0=いいえ, 1=はい)		-0.02	-0.15	-0.72	0.41	0.60
定期的に体重管理をしている (0=いいえ, 1=はい)		0.03	0.19	-0.29	0.67	0.44
ご自身で健康だと思う (0=いいえ, 1=はい)		0.06	0.48	-0.02	0.98	0.06
調整済み R ²						0.02
F 値						2.24 < 0.01

[†] β , 標準化係数, B 非標準化係数

^a一次産業(農林漁業関係) ^b二次産業(建設・工事関係, 製造業関係) ^c三次産業(事務関係, サービス業, 専門関係) ^dその他(主夫(婦), 無職)

表3 HLS-14 と地域、属性、生活習慣（喫煙、運動、飲酒、体重管理）および主観的健康感の関連（重回帰分析）

独立変数		β^{\dagger}	B	B の 95.0% 信頼区間		P-value
				下限	上限	
地域	A県	Reference				
	B県	0.06	0.73	-0.20	1.66	0.12
	C県	-0.01	-0.20	-1.26	0.86	0.71
性別	男性	Reference				
	女性	0.06	0.77	-0.18	1.73	0.11
年代	30歳代	-0.03	-0.84	-2.47	0.80	0.31
	40歳代	Reference				
	50歳代	0.01	0.14	-0.76	1.04	0.76
	60歳代	0.02	1.15	-2.25	4.54	0.51
教育歴（最終学歴）	中学校	-0.06	-2.04	-4.36	0.29	0.09
	高等学校	Reference				
	専門学校	-0.01	-0.19	-1.26	0.87	0.72
	短大/高専	-0.08	-1.38	-2.57	-0.18	< 0.05
	大学/大学院	-0.06	-1.17	-2.43	0.10	0.07
職業	一次産業 ^a	0.03	0.71	-0.88	2.30	0.38
	二次産業 ^b	-0.03	-0.40	-1.47	0.66	0.45
	三次産業 ^c	Reference				
	その他 ^d	-0.12	-2.58	-4.02	-1.15	< 0.01
喫煙をしない (0=いいえ, 1=はい)		-0.03	-0.33	-1.23	0.56	0.47
定期的に運動をしている (0=いいえ, 1=はい)		0.02	0.30	-0.59	1.19	0.51
飲酒はしない、あるいは飲みすぎない (0=いいえ, 1=はい)		0.02	0.26	-0.67	1.19	0.59
定期的に体重管理をしている (0=いいえ, 1=はい)		0.07	0.83	0.04	1.62	< 0.05
ご自身で健康だと思う (0=いいえ, 1=はい)		0.00	-0.02	-0.84	0.80	0.96
調整済み R ²						0.02
F 値						2.09 < 0.01

[†] β , 標準化係数, B 非標準化係数

^a一次産業(農林漁業関係) ^b二次産業(建設・工事関係, 製造業関係) ^c三次産業(事務関係, サービス業, 専門関係) ^dその他(主夫(婦), 無職)

表4 4つの生活習慣（喫煙、運動、飲酒、体重管理）と地域、属性、および主観的健康感との関連（ロジスティクス回帰分析）

独立変数		喫煙をしない			定期的に運動をしている			飲酒はしない、あるいは飲みすぎない			定期的に体重管理をしている		
		OR	95.0% 信頼区間 下限 - 上限	P-value	OR	95.0% 信頼区間 下限 - 上限	P-value	OR	95.0% 信頼区間 下限 - 上限	P-value	OR	95.0% 信頼区間 下限 - 上限	P-value
地域	A県	1											
	B県	2.37	(1.61 - 3.49)	< 0.01	1.83	(1.29 - 2.59)	< 0.01	1.25	(0.86 - 1.84)	0.24	1.31	(0.95 - 1.80)	0.10
	C県	2.56	(1.64 - 3.98)	< 0.01	1.30	(0.86 - 1.96)	0.22	2.02	(1.25 - 3.25)	< 0.01	1.17	(0.81 - 1.69)	0.40
性別	男性	1											
	女性	3.73	(2.61 - 5.34)	< 0.01	0.55	(0.39 - 0.77)	< 0.01	3.91	(2.73 - 5.61)	< 0.01	1.62	(1.19 - 2.22)	< 0.01
年代	30歳代	1											
	40歳代	1.5	(0.82 - 2.73)	0.18	0.87	(0.46 - 1.63)	0.67	0.65	(0.30 - 1.38)	0.26	1.96	(1.08 - 3.54)	< 0.05
	50歳代	3.25	(1.67 - 6.34)	< 0.01	0.69	(0.35 - 1.36)	0.29	0.93	(0.42 - 2.07)	0.85	2.10	(1.12 - 3.96)	< 0.05
	60歳代	1.06	(0.27 - 4.18)	0.94	0.69	(0.16 - 3.10)	0.63	0.88	(0.18 - 4.22)	0.87	3.53	(0.94 - 13.21)	0.06
教育歴 (最終学歴)	中学校	1											
	高等学校	1.27	(0.55 - 2.94)	0.57	0.73	(0.30 - 1.77)	0.48	0.99	(0.41 - 2.39)	0.98	1.00	(0.43 - 2.32)	1.00
	専門学校	1.64	(0.66 - 4.04)	0.28	0.81	(0.32 - 2.09)	0.67	1.11	(0.43 - 2.89)	0.82	1.22	(0.50 - 2.98)	0.66
	短大/高専	1.74	(0.66 - 4.63)	0.27	0.80	(0.30 - 2.14)	0.66	1.10	(0.39 - 3.06)	0.86	1.37	(0.54 - 3.44)	0.50
	大学/大学院	3.00	(1.15 - 7.88)	< 0.05	1.06	(0.40 - 2.76)	0.91	0.96	(0.36 - 2.56)	0.94	1.53	(0.61 - 3.82)	0.36
職業	一次産業 ^a	1											
	二次産業 ^b	0.83	(0.42 - 1.64)	0.60	0.62	(0.31 - 1.24)	0.18	1.48	(0.77 - 2.82)	0.24	1.28	(0.69 - 2.39)	0.43
	三次産業 ^c	0.72	(0.39 - 1.34)	0.30	0.91	(0.49 - 1.69)	0.77	2.04	(1.14 - 3.67)	< 0.05	1.25	(0.71 - 2.18)	0.44
	その他 ^d	0.88	(0.37 - 2.06)	0.76	1.28	(0.58 - 2.83)	0.55	3.30	(1.25 - 8.72)	< 0.05	1.28	(0.62 - 2.62)	0.50
ご自身で健康だと思う (0=いいえ, 1=はい)		1.33	(0.97 - 1.84)	0.08	1.84	(1.32 - 2.57)	< 0.01	1.03	(0.74 - 1.45)	0.85	1.89	(1.42 - 2.51)	< 0.01
Hosmer と Lemeshow 検定		喫煙しない $\chi^2=6.63$ (自由度8), P=0.58			定期的に運動をしている $\chi^2=11.04$ (自由度8), P=0.2			飲酒はしない、あるいは飲みすぎない $\chi^2=6.27$ (自由度8), P=0.62			定期的に体重管理をしている $\chi^2=5.30$ (自由度8), P=0.72		

^a一次産業(農林漁業関係) ^b二次産業(建設・工事関係, 製造業関係) ^c三次産業(事務関係, サービス業, 専門関係) ^dその他(主夫(婦), 無職)

4. 考察

本研究では、健康の格差が大きい地域の HL と生活習慣（喫煙、運動、飲酒、体重管理）および主観的健康感との関連を検討した。その結果、HL と地域との間には有意な関連が認められず、「最長命地域では最長命地域より HL が

高く、望ましい生活習慣の人が多い」という仮説のうち、前者 (HL の差異) は支持されなかった。HL には、地域間の経済、所得格差、完全失業率などの社会経済的要因や、その地域の食文化、健康に対する価値観、医療リソースなど文化的、環境要因、医療サービスへのアクセスや遺伝的要因も影響を及ぼしている可能性がある (Freedman et al., 2011, Adams, et al., 2013)。今回、地域間で HL に差異が認められなかったのは、義務教育で基本的なリテラシーが確保されていることや健診制度が整備され、健康に関する知識が得られる機会が増えていることなどが影響している可能性もある。序文で述べたように、日本国内において、地域で HL の差がどの程度存在するか、あるいは仮に差が認められる場合の理由に関してほとんど報告がない。今後、地域を代表するような抽出標本を用いた大規模な調査により、本研究において十分な考察ができなかったことも含めて、明らかにされることが期待される。

生活習慣では地域間で差が認められており、喫煙、飲酒、運動の 3 項目で、最短命地域 (A 県) では、最長命地域 (両県またはどちらか) より、交絡因子を調整後も、望ましい生活習慣者の割合が有意に低く、これらの地域における健康格差の背景要因として生活習慣がある可能性が示唆された。

要因間の関連をみると、主観的健康感では HL と有意な関連が認められなかったが、運動及び体重管理と有意に関連していた。運動や体重管理などセルフケアを続けることで自己効力感が高まり、健康に対する信念や自身も強まることから、主観的な健康感が高まる可能性も考えられた。

HL と生活習慣の「喫煙しない」、「定期的に運動している」、「飲酒はしない、あるいは飲み過ぎない」に関連が認められなかったが、先行研究 (後藤 et al., 2017, 古澤 et al., 2016, Karina et al., 2016) でも HL と喫煙や飲酒に関連が認められておらず、嗜好品などの生活習慣については HL で十分拾いきれない可能性がある。

今回の結果も HL と喫煙や飲酒の間には関連が認められなかったが、喫煙、飲酒は生活習慣病のリスク因子であり、予防的観点から重要な因子である。そもそも Sorensen et al. の定義 (Sorensen et al., 2012) によれば、HL とは「健康情報を入力し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力」とされているが、健康情報には当然、生活習慣に関わる情報が含まれており、その活用ということでは、生活習慣に関わる行動変容まで包括しうる表現であるだろう。しかし、喫煙や飲酒については、中毒性や依存性が高い行動であるため、嗜癖の影響が強い場合、知識や HL が直接的に行動変容に結び付くことに困難性が示されていると考えられた。したがって、中毒性の高い行動に対する知識や HL が行動変容に影響を与えるかについては、より包括的な検討が必要であることが示唆された。他方、国外の先行研究では、HL と飲酒 (Rolova, G., et al. 2021)、HL と喫煙 (Li et al., 2022) との間に有意な関連を示した研究もあり、研究対象者や測定方法、時期や地域など考慮して結果を解釈していく必要があるだろう。

なお、運動習慣について、日本企業の男性オフィスワーカーを対象に行った CCHL 研究 (Ishikawa et al., 2008) では、HL が高いほど、ダイエットや運動習慣を持っているなど健康的なライフスタイルに関連していたことが報告されている。一方、本研究では、CCHL と「定期的な運動」との関連に統計的に有意とは言えない結果が示された。しかし、運動習慣を持つ人は、健康への意識が高く、健康知識を獲得、それに基づいて行動する傾向があり、この点で HL 向上と関連がある可能性が考えられた。

本研究の限界として、第一に、研究参加者は対象となった県の一地域に限定されるため、本研究結果の一般化には慎重さを要する。第二に、平均寿命の最長命地域と最短命地域は都道府県レベルでの選択であり、市町村レベルでの厳密な最上位、最下位を選択したものではない、そのため市町村レベルで選択した場合は結果が異なる可能性もある。第三に、対象者については、高校生を通じて両親に調査依頼しているため、地域住民を対象として無作為抽出した標本を用いた場合と比較して、地域集団としての代表性は低い。また、家庭内で共通になりやすい生活習慣や社会経済状況結果に影響を及ぼす可能性も考えられる。第四に、横断的調査であることから、測定された HL や生活習慣についての因果関係を論じることができない。

以上のような限界はあるが、国内において健康に関わる地域格差が大きい地域で HL を比較した研究は見当たらず、新たな知見が得られた。

今後の研究課題として、健康と関連の深い生活習慣行動に関する情報を収集、理解、評価、活用できる力に焦点を当てた HL 尺度の開発や、知識と行動の乖離など望ましい生活習慣を妨げている要因について、地域特性などの環境要因 (渡邊 et al., 2009) や県民性など幅広い観点からの探求が必要である。

5. 結語

健康の地域格差が大きい地域において、高校生を持つ保護者を対象に HL (CCHL 及び HLS-14) や生活習慣等の横断調査を行ったが、HL と「地域」および HL と生活習慣 (喫煙、運動、飲酒) には、有意な関連は認められなかつ

た。一方、最短命地域 (A 県) では、最長命地域 2 県と比較して望ましい生活習慣を有する者の割合が低く、短命という地域格差の背景要因として生活習慣がある可能性も示唆された。今回使用した簡便な HL 尺度では生活習慣 (喫煙、運動、飲酒) との関連を見いだせなかったことから、今後、健康に関連する生活習慣行動に関する情報を収集、理解、評価、活用できる力に焦点を当てた HL 尺度の開発も図る必要があると考えられた。

謝辞

本調査のデータ収集にご協力いただきました高等学校教諭と生徒の保護者様に深謝します。

(本論文は、高校生対象の研究 (笠原 et al., 2021) と合わせた広い研究 (博士論文) の一環として高校生の親を対象とした研究である)

利益相反自己申告

本研究は、青森県立保健大学ヘルスリテラシー促進研究 (平成 30・令和元年度) の助成を受けて実施した。

引用文献

Adams, R. J., Piantadosi, C., Ettridge, K., Miller, C., Wilson, C., Tucker, G., & Hill, C. L. (2013). Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 206-212.

Antonovsky, A. (1967). Social class, life expectancy and overall mortality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45, 31-73.

David, W. B., Julie, A. G., Mark, V. W., Tracy, S., Ruth, M. P., Diane, G., Junling, R., & Jennifer, P. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees: *American Journal of Public Health*, 92, 1278-1283.

Furuya, Y., Kondo, N., Yamagata, Z., & Hashimoto, H. (2015). Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promotion International*, 30(3), 505-513.

古澤洋子, 菊地亜矢子, 森礼子. (2016). 中小企業で働く労働者のヘルスリテラシーと生活習慣との関連. *岐阜聖徳学園大学看護学研究*, 1, 16-26.

Gazmararian, J., Baker, D., Parker, R., & Blazer, D. G. (2000). A multivariate analysis of factors associated with depression. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3307-3314.

後藤英子, 石川ひろの, 奥原剛, 加藤美生, 岡田昌史, 木内貴弘 (2017). 日本人男性労働者におけるヘルスリテラシーと生活習慣 主観的健康感との関連: 受診勧奨該当者を対象に. *日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌*, 8, 11-18.

Harmon, K. S. (2001). Health literacy: Wasted words. *Hospital & Health Networks*, 75(9), 30-32.

Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M., & Yano, E. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy: A pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23, 269-274.

Ishikawa, H., Ogawa, R., Otsuki, A., Saito, J., Yaguchi-Saito, A., Kuchiba, A., Fujimori, M., Fukuda, Y., Shimazu, T., & INFORM Study Group. (2023). Effect modification by geographic area on the association between health literacy and self-rated health: a nationwide cross-sectional study in Japan. *BMC Public Health*, 23(1), 952.

笠原美香, 吉池信男, 大西基喜 (2021). 高校生のヘルスリテラシーに及ぼす要因分析-A 県内と B 県内の高校生調査の比較から-. *日本健康教育学会誌*, 29, 145-153.

Karina, F., Benedicte, D. V., Rebecca, K. S., & Helle, T. M. (2016). The relationship between health literacy and health behavior in people with diabetes: A Danish population-based study. *Journal of Diabetes Research*, 2016, 7823130.

厚生労働省. (2000). 健康日本 21 (総論) https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s0.html (2023 年 11 月 28 日にアクセス)

厚生労働省. (2017). 人口動態統計特殊報告 平成 27 年都道府県別年齢調整死亡率・年齢階級別死亡率 (人口 10 万対), 全死因・男女別 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450013&tstat=000001102115> (2023 年 11 月 28 日にアクセス)

Freedman, V. A., Grafova, I. B., & Rogowski, J. (2011). Neighborhoods and Chronic Disease Onset in Later Life. *American*

Journal of Public Health, 101(1), 79–86.

Li, M., Sonoda, N., Koh, C., Yasumoto, R., & Morimoto, A. (2022). Association between health literacy and current smoking among middle-aged Japanese ever smokers. *Public Health Toxicology*, 2(2), 8.

中山和弘. (2017). SOC とヘルスリテラシー. In 山崎 喜比古 (監修) & 戸ヶ里 泰典 (編), 健康生成力 SOC と人生・社会 : 全国代表サンプル調査と分析 (pp. 141-154). 東京: 有信堂高文社.

Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A., & Matsumoto, M. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: A validated Japanese language assessment of health literacy. *BMC Public Health*, 15(1), 1-12.

Nutbeam, D. (1996). Health outcomes and health promotion: Defining success in health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 6, 58-60.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-267.

中山和弘 (2022). 健康の社会的決定要因としてのヘルスリテラシー. *日本健康教育学会誌*, 30(2), 172-180.

Rebecca, L. S., Kristine, Y., Suzanne, S., Tamara, B. H., Kala, M. M., Eleanor, M. S., Anne, B. N., Caterina, R., Ronica, R., Susan, M. R., Hilsa, N., & Dean, S. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly: The Health, Aging, and Body Composition Study. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 806-812.

Rolova, G., Gavurova, B., & Petruzelka, B. (2021). Health Literacy, Self-Perceived Health, and Substance Use Behavior among Young People with Alcohol and Substance Use Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4337.

佐藤秀紀, 盛田寛明, 坂井博通, 吉崎克明, 渡辺竹美 (2005). 健康と寿命にかかわるライフスタイルの要因研究-短命地域(A 県)と長寿地域(B 県)との比較-. *大和証券ヘルス財団研究業績集*, 17-22.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.

Suka, M., Odajima, T., Kasai, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., Nakayama, T., Sumitani, M., & Sugimori, H. (2013). The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18, 407-415.

高山智子, 池崎澄江, 関由起子, 藤村一美, 熊谷たまき, 加藤礼子, 山崎喜比古 (2005). 一般の人々のヘルスリテラシーとその関連要因. *日本健康教育学会誌*, 13, 134-135.

渡邊智之, 宮尾克 (2009). 死因別寿命延長への寄与年数からみた地域特性. *愛知学院大学論叢心身科学部紀要*, 4, 35-41.

World Health Organization. (2003). *Social determinants of health: The solid facts (2nd ed.)*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326568/9789289013710-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (2023年11月28日にアクセス)

***責任著者 Corresponding author : 笠原美香 (e-mail: 1791003@ms.auhw.ac.jp)**

投稿日 : 2023年2月23日 受理日 : 2023年11月27日

研究資料

知的障害者向けの医療情報の平易化に関する実践 —「大腸がん わかりやすい版」作成過程および汎用可能性— Simplification of Medical Information for People with Intellectual Disabilities: The process of making “Colorectal Cancer: Easy Read Version”

打浪文子¹⁾²⁾、羽山慎亮²⁾³⁾、八巻知香子³⁾
Ayako UCHINAMI¹⁾²⁾, Shinsuke HAYAMA²⁾³⁾, Chikako YAMAKI³⁾

- 1)立正大学社会福祉学部
- 2)一般社団法人スローコミュニケーション
- 3)国立がん研究センター
- 1) Faculty of Social Welfare, Rissho University
- 2) Slow Communication Japan
- 3) National Cancer Center Japan

Abstract

This paper reports on the practices involved in the prototyping an easy read version of cancer information for individuals with intellectual disabilities, based on a booklet designed for the general public.

Through the process of creating the “Colorectal Cancer: Easy Read Version,” we clarified the general process and issues associated with creating easy read versions of medical information. The “Colorectal Cancer: Easy Read Version” developed in this study was comprehensible to most participants with intellectual disabilities. In particular, the easy read version was effective in promoting understanding through visual information and illustrations.

We investigated the potential of the easy read version of the cancer information by interviewing medical care providers about their reactions and future use of the easy read version of the information. The results suggest that the “Colorectal Cancer: Easy Read Version” may be easily understood not only by people with intellectual disabilities but also by individuals with hearing impairment, people diagnosed with dementia, and those without disabilities. The easy read version of this information may be useful for a wide variety of people.

要旨

障害者への合理的配慮として、その人に適したかたちでの情報提供やコミュニケーション支援は必務である。本稿では、知的障害者への医療情報の提供に資するため、大腸がんについての一般向け冊子をもとにしたがん情報の知的障害者向け「わかりやすい版」の試作と活用可能性の検討にかかわる一連の実践を報告した。「わかりやすい版」の作成過程を通して、医療情報の「わかりやすい版」作成のプロセスの知見と課題を明らかにした。あわせて、完成した「わかりやすい版」をがん相談等の現場で使用してもらい、その際の患者らの反応や今後の活用などについて医療機関従事者にインタビューを行うことで、がん情報の「わかりやすい版」の今後の汎用可能性について検討した。

がん情報の「わかりやすい版」作成におけるプロセスの詳細より、他のがん種や疾患の「わかりやすい版」作成にも応用できる具体的な知見が抽出された。また、本研究で作成された「大腸がん わかりやすい版」は、文章全体としておおむね当事者にわかりやすいものとなっていたこと、特にイラストなどの視覚的配慮に理解促進の効果がみられることが推察された。さらに、「大腸がん わかりやすい版」はろう者や認知症患者、あるいは障害のない人にとってもわかりやすいものである可能性、そしてさまざまな人に幅広く有用となる可能性が示唆された。

キーワード：大腸がん、がん情報、読みやすさ、知的障害者、合理的配慮

Keywords: colorectal cancer, cancer information, easy read, people with intellectual disabilities, reasonable accommodation

1. 序文

2016 年 4 月より施行されている「障害者差別解消法」により、行政機関等に障害者への「合理的配慮」の提供が義務付けられた。この法律は 2024 年より、行政機関等のみならずすべての事業者へも義務化されることとなり、合理的配慮の提供は一層の必要性を増している。また、障害者が利用しやすい形式で本の内容にアクセスできるようにすることを旨として制定された 2019 年の読書バリアフリー法、障害者の情報の取得利用・意思疎通に係る施策を総合的に推進し共生社会の実現に資するために制定された 2022 年の障害者情報アクセシビリティ・コミュニケーション施策推進法など、障害者の情報アクセスの保障に関する法整備も進んだ。すなわち医療分野を含むすべての分野において、障害者への合理的配慮としてその人に適したかたちでの情報提供やコミュニケーション支援は必務となった。

知的障害者や日本語の理解・運用に障害を有する人々に合理的配慮を提供するには、情報そのものをわかりやすくすることが必要となる。国際的には、国際図書連盟(The International Federation of Library Associations and Institutions、以下、IFLA)のワーキンググループによって「読みやすい図書のための IFLA 指針」が作成されており、さらには「読みやすさ」に関する世界的なネットワークも形成されている。しかし日本では、知的障害者向けの「わかりやすい版」(文章のわかりやすさに加え、図示等の視覚的な配慮が充分に加えられた情報)の作成は、未だ政府刊行物においても散見される程度であり(羽山, 2017)、知的障害者や日本語の理解・運用に障害を有する人々にとっての「わかりやすい版」の必要性の啓発、および「わかりやすい版」の普及が進んでいるとはいえない現状がある。

疾患やそれに伴う治療は、その人自身の心身に大きな影響を与えるため、「わかりやすい」情報は、説明等や意思決定等の医療に関する場面においても必要性が高いものである。医療情報のわかりやすいテキストについては、一般的な患者を対象とした検討(国立国語研究所「病院の言葉」委員会, 2009; 早川ほか, 2019; 中山ほか, 2020)、外国人向けの「やさしい日本語」にかかわる医療情報の検討(武田ほか, 2021)などが見られる。しかし、知的障害者に向けた展開としては、説明や受診時に絵などを用いることの有効性が指摘されている程度であり(Sue et al., 2019)、学術的追究はほとんどなされていない。実践面においても、知的障害者を対象とした医療にかかわりのある分野における「わかりやすい」情報作成の事例は僅少であり、医療機関受診に関する「わかりやすい」情報(読書工房, 2022)、および性に関する情報および妊娠・出産にかかわる「わかりやすい」情報(藤澤・杉浦, 2020; 門下, 2023)の作成などが散見される程度である。さらには、がん等の重篤かつ病状の変化に対する継続的な情報提供が求められる疾患においては、当事者向けの十分な情報提供が行われていない実態がある(打浪, 2020b)。合理的配慮の提供が義務化される中で、医療機関従事者が障害のある患者に対して、疾患やその治療法などについてその人に合った情報伝達を行えるようにするため、学術的・実践的の双方の側面から情報伝達のあり方を検討していくことは喫緊の課題である。これまで実践や検討の少ない、知的障害者向けの「わかりやすい版」の作成と活用の検討には、先駆的な実践とその知見の共有が必要であると考えられる。

また、前述のとおり、医療情報の「わかりやすい」テキストには一般向けや外国人向けの検討が見られる。わかりやすい日本語による情報提供には、外国人だけでなく聴覚障害者等からもニーズが示唆されている(松尾ほか, 2013; 中島, 2023)。これまで、知的障害者向けに作成されたわかりやすい情報が聴覚障害者や外国人等の日本語の理解に困難を持つ人に有用であることを示唆した研究はあるものの(打浪・岩田, 2019; 打浪・大淵, 2019; 打浪, 2020a)、実際の説明場面に即した実証的な検証は着手されていない。

そこで本稿では、大腸がんについての一般向け冊子をもとにした知的障害者向け「わかりやすい版」の試作と活用可能性の検討にかかわる一連の実践を報告することを通じ、疾患やその治療法の「わかりやすい版」作成のプロセスの知見と課題を明らかにする。あわせて、完成した「わかりやすい版」をがん相談等の現場で使用してもらい、その際の患者らの反応や今後の活用などについて医療機関従事者にインタビューを行うことで、がん情報の「わかりやすい版」の今後の汎用可能性について検討する。

2. 方法

2.1 「大腸がん わかりやすい版」の作成と評価

2.1.1 「大腸がん わかりやすい版」の作成

国立がん研究センターが発行する「各種がん 103 大腸がん(第四版)」(A5 判、全 32 ページ。以下、「オリジナル版」と称する)をもとに、「大腸がん わかりやすい版」(A4 判、全 16 ページ。以下、「冊子」と称する)を作成した。大腸がんを選んだのは、がん罹患数として部位別で最も多いこと(国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録) 2019 年データ)と、既に先行研究にて同冊子の手話版の試作等が行われており(皆川ほか, 2022)、同じ情報源からの多様な情報保障の展開のための試作として適当であると考えられたためである。作成にあたって、医療情報に関する知的障害者のニーズ(堀川・打浪, 2020)の結果や、これまでの「わかりやすい版」の作成例(藤澤・河西, 2012; 打浪(古賀), 2014)を参考に、手順を設定した。知的障害当事者による「わかりやすさ」の

確認を取り入れること、医師を含む医療機関従事者による専門的な査読が必要であることを鑑み、その結果を適切に反映できる手順とすることに留意し、以下の流れを考案した。

- ・手順 1：先行研究や既存調査の分析を踏まえた仮案の試作
- ・手順 2：仮案に対する医療機関従事者らのヒアリングを踏まえた修正
- ・手順 3：仮案に対する知的障害者らのヒアリングを踏まえた修正
- ・手順 4：医療機関従事者らを中心とした最終確認、表現・イラスト内容等の調整

これらの一連の手順に沿って「大腸がん わかりやすい版」を作成し、そのプロセスの詳細を記録した。手順 1 は 2020 年 7 月、手順 2 は 2020 年 10 月、手順 3 は 2020 年 12 月～2021 年 1 月、手順 4 は 2021 年 2 月～3 月にかけて実施した。手順 2 および手順 4 は、本研究事業の共同研究者である医療機関従事者にヒアリングへの協力を依頼した。手順 3 の対象者は、知的障害者の親の会である全国手をつなぐ育成会連合会（以下、全育連）の関係者から全育連の正会員である団体の紹介を受け、日常生活において文字や文章を読める軽度または中度の知的障害者に協力を依頼した。ヒアリングの結果は匿名化および固有名詞を除外した上で逐語録を作成し分析の対象とした。

2.1.2 「大腸がん わかりやすい版」の作成後の知的障害者・支援者への評価インタビュー

2.1.1 の手順によって完成した冊子が適切に理解されるかを確認するため、2021 年 10 月に、手順 3 に参加した軽度または中度の知的障害者 4 名を対象に、対面でのグループインタビューを実施した。時間は約 1 時間 44 分であった。

また、支援現場における冊子の活用方法の検討のため、全育連および日本相談支援専門員協会に紹介を依頼した支援者（相談支援専門員）2 名に、2022 年 1 月に ZOOM を用いた遠隔での個別インタビューを実施した。冊子の全体的な印象・オリジナル版と比較しての印象、改善点、どういう時に使いたいか、当事者向けの説明に冊子を使用する際に想定される当事者の反応とそれらへの対応について聞き取った。インタビューはそれぞれ、約 1 時間 12 分、約 1 時間 13 分であった。

両インタビューの結果は匿名化および固有名詞を除外した上で逐語録を作成し分析の対象とした。

2.2 医療現場での活用および汎用可能性に関するインタビュー

冊子を活用した実際の説明の実践と、冊子の医療現場における汎用可能性を検討するため、医療機関従事者（がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターや入院支援センターなどの相談員および看護師）を対象にした対面またはオンラインでのインタビューを実施した。対象者は、本研究事業の共同研究者または研究協力者より紹介を受けた上で、直接依頼して同意を得られた 4 つの機関・部署における 7 名である（表 1）。各機関には手渡し配布用として、機関の規模に応じて 10～30 冊程度の冊子を送付し、インタビュー対象者には自施設で「大腸がん わかりやすい版」について患者らに説明し手渡しすることを依頼した。

表 1 インタビュー対象者とインタビュー形式

機関	対象者	形式
A	看護師 1 名	対面
B	相談員 3 名	オンライン
C	看護師 1 名	対面
D	相談員 1 名、看護師 1 名	オンライン

冊子自体は知的障害者を主な対象としているが、医療現場で知的障害者かどうかを厳密に判断して渡すことは困難であると予想されること、また、知的障害者以外の人たちへの汎用性を把握するため、冊子を渡す対象は、大腸がんの患者もしくは家族で既存の一般向けの「大腸がん」冊子よりも易しい内容に馴染む人、知的障害者など障害がある人、後期高齢者などの認知機能が低下している（と予想される）人、外国人など平易な日本語の情報が必要な人、子ども（年齢の制限はない。家族が大腸がんに罹患したため説明をしたい等）、そのほか平易な情報を求めている人などを想定して依頼した。患者やその場の状況によってもニーズが変わってくると考えられたため、どのような場面でどのような人に手渡すかの判断は対象者に委ねた。

医療機関内での冊子配布が終了した後、2022 年 10 月に半構造化面接によるインタビューを実施した。インタビュー時間は A：約 9 分、B：約 20 分、C：約 3 分 30 秒、D：約 28 分であった。インタビューの内容は、①冊子の全体的な印象・オリジナル版と比較しての印象、②改善点、③どういう時に使いたいか、④どんな人に冊子を手渡したか、⑤渡された人の反応、⑥渡したことで役に立った点、の 6 点であった。対面の場合は IC レコーダー、オンラインの場合は ZOOM のレコーディング機能によって記録し、匿名化および固有名詞を除外した上で逐語録を作成し、カテゴリー分析の対象とした。

2.3 倫理的配慮

本研究は、2.1.1 は淑徳大学短期大学部倫理審査委員会（倫理審査番号 2019-102）、2.1.2 および 2.2 は国立研究開発法人国立がん研究センター研究倫理審査委員会（倫理審査番号 2021-184、2021-372）の承認を受けて実施した。

ヒアリングおよびインタビューの参加者には本研究の目的、内容、方法、成果の公開方法等について文書による説

明を行い、同意を得た。なお、知的障害者の研究参加については、紹介された団体の中で自主的に参加したいという意思を示した者のみを対象とした。さらに、研究参加時に同意書および研究説明文書の「わかりやすい版」を作成したうえで、応答的に確認を進めながら研究参加への同意を得た。

3. 結果

3.1 「大腸がん わかりやすい版」の作成

3.1.1 各手順における作成プロセスの詳細

・手順 1：先行研究や既存調査の分析を踏まえた仮案の試作

先行研究および「わかりやすさ」への知見を有し、かつこれまでに知的障害者向けの文書を作成した経験のある原稿作成者(筆者 2 人)が、社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会(2016)、一般社団法人スローコミュニケーション(2019)などの、知的障害者向けのわかりやすい日本語に関するルールを踏襲しつつ、全体の内容および構成の検討を行った上で草稿を作成した。

まず、全体の内容および構成としては、大腸がんを説明することに主眼を置き、オリジナル版で設けられていた「実際にがんと診断された患者が活用するためのページ」は省いた。具体的には、「がんと言われたあなたの心に起こること」「診断や治療の方針に納得できましたか?」「セカンドオピニオンとは?」「メモ/受診の前後のチェックリスト」のページを除外した。それ以外のページについては、各節において以下のような内容で構成した。表 2 にはオリジナル版との異同と変更にかかわる根拠を示した。

表 2 冊子における各節の内容・構成とその根拠

項目	オリジナル版との異同	根拠
がんの診療の流れ	①おおむねオリジナル版にそって、診察・相談から検査、治療・手術、療養・経過観察について流れを記した。	①堀川・打浪(2020)において、全体の見通しを示して不安への対処を行うことの必要性が示されているため。
基礎知識	①大腸について、および大腸がんについての基礎的な説明をオリジナル版に沿って記した。 ②がんの発生の仕組みを囲み記事として追記した。 ③寛解・治癒の可能性について追記した。 ④「患者数(がん統計)」については、男女の別や部位ごとの順位は省略した。また、年間の診断数「約 158,000 人」は「およそ 16 万人」とした。 ⑤「発生要因」については省略した。	①「大腸がん」の冊子を作成する上で不可欠であると考えたため。 ②「がん」そのものの説明があったほうが、より理解が進むと判断したため。(※ただし、手順 3 での知的障害者へのヒアリングの結果、不要という意見が多く、最終的には削除した) ③可能な限り不安を和げるため。 ④必要以上に詳細な記述は、要点が不明瞭になることにつながるため。 ⑤赤肉や加工肉の危険性を細かいニュアンスまで含めて伝えることは難しく、過度に忌避してしまうことにつながる判断したため。
検査	①オリジナル版ではすべての検査方法について同等に説明がされているが、内視鏡検査について詳しく記し、注腸造影検査・CT 検査・MRI 検査についてはイラスト 1 点とキャプション程度の簡単な紹介にとどめた。 ②CT コロノグラフィ検査・カプセル内視鏡検査・PET 検査については省略した。	①多くのケースでは初めに「内視鏡検査」を行い、がんの進行具合を見るために「注腸造影検査・CT 検査・MRI 検査」を行うという位置づけになっているため。 ②限定的に行われる検査であるため。
治療	①オリジナル版では「内視鏡治療」「手術」「放射線治療」「薬物療法」「緩和ケア/支持療法」「転移・再発」が並列的に記されているが、「大腸がんを切り取る治療(内視鏡治療・手術)」「薬を使う治療(薬物療法)」「放射線を当てる治療(放射線治療)」「つらさをやわらげる治療(緩和ケア)」	①時系列を明瞭にするため。

	<p>に再分類し、「移転・再発」は次節の「治療後の生活」として記した。</p> <p>②がんを直接取る、がんを小さくする、症状を抑えるなど、それぞれの治療の目的をがんの状態と関連づけて明記した。</p> <p>③各治療の中の子細な分類は省略した。</p> <p>④手術での入院前後の生活について追記した。</p> <p>⑤治療時の痛み等について説明を追記した。 手術：「手術のときは麻酔をするので、痛くはありません。」 放射線治療：「怖いイメージがあるかもしれませんが、正しく使えば治療に役立つものです。痛みはまったくありません。」</p>	<p>②目的を明確に伝えることで、見通しを立てることや不安を和らげることに つなげるため。</p> <p>③必要以上に詳細な記述は、要点が不明瞭になることに つながるため。</p> <p>④「入院」に対して見通しを立てることや不安を和らげることに つなげるため。</p> <p>⑤可能な限り不安を和らげるため。</p>
療養	①オリジナル版にある「経過観察」に「転移・再発」の説明を補足して記した。	①「治療」の項目で「移転・再発」は次節の「治療後の生活」として記したため。

表記は、知的障害者向けの文章で一般的に行われているように、すべての漢字に振り仮名を付け、適宜分かち書きを加えた。また、改行は意味の区切りがよいところで行うものとし、行の右側が空くとしても単語の途中で改行することはしていない。

使用する語については、漢語は適宜、同義の和語に言い換え、言い換えが難しい場合は単語ではなく文や句にして説明を行った。なお、診療の場面でよく使用されると思われる語は言い換えずに残した上で、説明を補足した。これは、実際に医療機関従事者が使用する語についての知識が受診の際に役に立つと考えたためである。具体的には、以下の表 3 のように言い換え等を行った。

表 3 難解語の言い換え・説明の種類と例

種類	オリジナル版	言い換え・説明
漢語→和語	切除 薬物	切り取る 薬
語→文・句	経過観察 病期	治療したあとも数か月おきに検査をします どれくらい進んでいるか（ひどくなっているか）
言い換えずに説明を補足	内視鏡 再発	内視鏡は、小さなカメラがついた管です 治療のあとに またがんができることを「再発」といいます

草稿を作成した後、外部のデザイナーに依頼し、仮のレイアウトを行った。レイアウト上の工夫として、各内容は 1 ページもしくは見開きで完結するように構成した。また、漢字にはすべて振り仮名（色付き）を施す想定で行間などを調整した。その後、外部のイラストレーターにイラストの下書きを依頼した。イラストは、知的障害者の混乱を招かないよう、デフォルメや架空のイメージなどを使わずに現実に近い形で表現した。

・手順 2：仮案に対する医療機関従事者らのヒアリングを踏まえた修正

手順 1 で作成した仮案について、医師 4 名、看護師 1 名、ソーシャルワーカー 1 名にヒアリングを実施し、その内容に基づいて修正を行った。全体の構成・内容についてはおおむね分かりやすいという評価であった。また、文字・表現については、本文の文字は大きめがよいとの意見があり、ひとまわり大きくするように修正した。そのほか、専門用語の誤植や誤用などの指摘があり、修正した。

・手順 3：仮案に対する知的障害者らのヒアリングを踏まえた修正

手順 2 で修正した仮案について、成人の中度または軽度の知的障害者 4 名にヒアリングを実施し、その内容に基づいて修正を行った。具体的には、表 4 のとおりに修正等の対応をした。

表4 知的障害者へのヒアリング結果に基づく修正

観点	指摘	修正内容
内容・構成・イラスト	①「がんの発生の仕組み」を図解した部分が「わかりにくい、なくてもよい」 ②診察から経過観察に至るまでの流れ図に記してある文章が難しく、図だけでよい。	①説明を削除した。 ②あくまで流れを示すページという趣旨から、文章の説明を削ってイラストメインにした。
表記・表現	①「がんが大きくなる」「まだ小さい」「ひどくなる」「数か月おき」など具体的にはどのくらいか書いてほしい。 ②ステージを示す「Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ」が読めない。 ③「薬」より「抗がん剤」のほうが理解しやすいが怖いイメージもある。	①大きさや症状などは一概には言えないため、変更しなかった。 ②治療の現場ではローマ数字が使われるため、振り仮名をつけることで対応した。 ③治療の種類と流れを説明することに重点を置くため、変更しなかった。

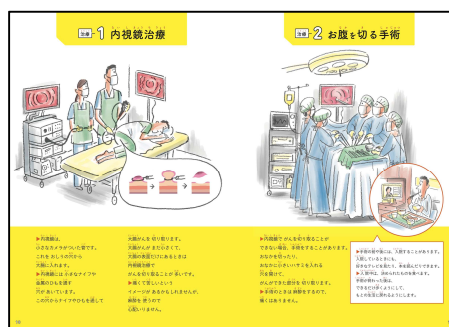
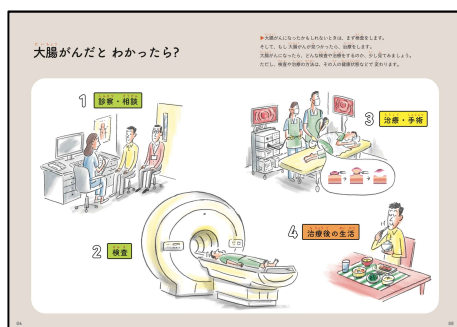
・手順4：医療機関従事者らを中心とした最終確認、表現・イラスト内容等の調整

手順1~3を踏まえて作成された暫定版について、医師、看護師、ソーシャルワーカー等による査読とその指摘事項の採否を判断するオンライン上の編集会議を行った。表記の統一、「治療」に対する表現の仕方およびイラスト内容の再検討などの意見が出たため、すり合わせをしながら修正した。修正を反映し、確定した文章の漢字に振り仮名を付け、イラストの清書・着色とその確認、全体の最終確認を経て、完成となった。構成は以下のとおりとなった。

- p.1 (表紙)：タイトル・イラスト (右図)
- pp.2-3：「大腸がんはどんな病気？」
- pp.4-5：「大腸がんだとわかったら？」(下図左)
- pp.6-7：「検査 大腸がんの検査をする」
- pp.8-9：「相談 医師と治療の相談をする」
- p.10：「治療 1 内視鏡治療」(下図右の左ページ)
- p.11：「治療 2 お腹を切る手術」(下図右の右ページ)
- p.12：「治療 3 薬を使う治療」
- p.13：「治療 4 放射線を当てる治療」
- p.14：「治療後の生活 ときどき検査を受ける」
- p.15：「治療後の生活 生活はどうなる？」
- p.16 (裏表紙)：相談を促すメッセージ、奥付



上記二次元コードから「大腸がんわかりやすい版」PDFの閲覧・ダウンロードが可能である。



3.1.2 冊子完成後の評価に関するインタビュー

知的障害者4名のグループインタビューにおいて、全員で全ページの音読による読み合わせを行い文章と語句をチェックしたが、単語や文章が難しいと指摘された部分はなかった。文章の全体的な印象としては、おおむねわかりやすいものとなっていたことが全員より語られた。「16万人」(1年間の罹患数)などの具体的な数字によるイメージが詳細に伝わったこと、自分が受けたことのある検査などはとくにわかりやすかったことがあげられたほか、全体としてイラストや図が印象に残ったことが指摘された。

また、冊子の活用方法を検討するための支援者2名へのインタビューでは、両名から、軽度知的障害者であれば一人で読める内容となっていると思われること、内容は全体的にわかりやすくイラストには具体性があり、実際に支援

者から当事者への説明の場面を想定したときに相手に理解してもらうのに役立つであろうことが語られた。冊子が順を追った流れになっており、見通しを持ちやすい点が当事者にとって「安心」できる要素だと支援者らは考えており、不安になる時や一人の時間に読んでもらうために当事者に手渡すことも検討できるとのことであった。そのほか、知的障害者に説明することを想定したときに一部のページやイラストをコピーして切り出しコミュニケーションカードとして使える可能性も語られた。

3.2 医療現場での活用実践および汎用可能性に関するインタビュー

医療機関従事者(相談員・看護師)へのインタビューの結果をカテゴリーに分類したものを表5に示す。語りは逐語録から抜粋し、斜字で示した。語りの末尾にはアルファベット化した機関名、さらに機関内の対象者が複数名の場合は任意の数字を記した。「④どんな人に手渡したか」の内容については、抜粋ではなく要約して示している。

表5 相談員・看護師へのインタビューの結果

インタビュー内容	カテゴリーと語られた内容
① 全体的な印象、オリジナル版と比較しての印象	<p>【絵が多くてよい】 すごく絵とかが多くて、わかりやすい (a)</p> <p>【やさしい印象で手に取りやすい】 たぶんこのやさしい感じからみんな手に取りやすいんだと思う (c)</p>
② 改善点	<p>【文字の大きさ】 字が小さく見えにくかったりというのはあるかなと思いました (b3)</p> <p>【掲載内容の詳しさ】 この冊子だけではなかなか説明が十分にはできなかったかなとは思いますが (b2) / 再発したときの治療であったりとか、緩和ケアについても少しさわりしか書かれていないので (d1)</p> <p>【イラスト内容の詳しさ】 手術も腹腔鏡と開腹とかいう説明があるんですけど、ちょっとこの絵だけではなかなかそれが伝わらなくて (b1)</p> <p>【冊子のバリエーション】 たとえば手術療法についてわかりやすい版、化学療法についてわかりやすい版、治療ごとにわかりやすい版があったりとか、あとは緩和ケアについてとか (d1)</p>
③ どういうときに使いたいか	<p>【対象者】 子どもだったりとか、あとは高齢でちょっと目が不自由、不自由というか見えにくくなってきたかとか (a)</p> <p>【状況】 この病気ってこんなふうになっていくから、今なんとかしとかなないとけないんだよというところ辺を説明さしてもらうのに (b1) / どういう治療法があるのか、どう治療になっていくのかっていうのを目で見てわかるような冊子っていうのはすごくわかりやすいし、イメージ持ってもらいやすいんじゃないかな (d1)</p>
④ どんな人に冊子を手渡したか	<p>【高齢者】 70代/80代・家族と来院/90代 (機関Bで3名)</p> <p>【精神疾患を有する人の家族】 80代</p> <p>【認知症】 80代・認知症</p> <p>【知的障害者】 (年代不詳)</p> <p>【ろう者】 80代・夫婦とも聞こえない</p>
⑤ 渡された人の反応	<p>【わかりやすいという評価】 「すごいわかりやすいね」って言ってくださって (a)</p> <p>【患者が自ら手に取っていた】 スタンドで立てておいた分の冊子のほうも何冊か持っていてくださっている兆候がありました (b1)</p> <p>【自分が受ける検査や治療の確認】 冊子取って「先生ここにあるって言ってた」って手で指したり、冊子を使ってくださいって (d2)</p> <p>【他の人にも使えそうという評価】 これお母さんにも使えそう、親戚に使えそうということで持って帰ってもらった (d1)</p> <p>【手渡されることに抵抗はなかった】 高齢の人に渡すのに失礼に当たらないかなと渡すのに躊躇はしました。ただ、渡してみただけでも、とくに何かそれが障害になるとか、気分を害されるとかはなかった (b2)</p>
⑥ 渡したことで役に立った点	<p>【イラストが役に立った】 イメージが湧かないかとかにはすごく絵でわかったのかなっていうのはあります (a) / こういうふうに絵があると、お話ししやすいイメージしやすいのかなと思います (b1)</p>

表 5 に示した通り、冊子は医療機関従事者と患者双方にとってわかりやすく、とくにイラストや図が説明時に役立てられるといった有用性が指摘された。また、冊子の主な読者対象とした知的障害者以外にも、高齢者、精神疾患を有する人の家族、認知症、ろう者といった人々に手渡され、説明に活用されていた。また、手渡された人たちからネガティブな反応はなかったこと、冊子がわかりやすく活用が可能であるという評価をされたことが語られた。

4. 考察

4.1 がん情報の「わかりやすい版」の作成における要点と課題・限界

4.1.1 正確さの保証

「わかりやすい版」を作成する際に重要となるのは、用語の選択、そして「情報の加除」である(打浪・岩田, 2019)。今回の「わかりやすい版」作成(3.1)では、オリジナル版が A5 判 32 ページであったものを A4 判 16 ページにし、かつ見開きページにおける文字数を 200 字~400 字程度に抑えているが、その中でも必要な背景等は「加筆」されている(表 2)。これまで疾患や医療に関する情報提供における「わかりやすい版」の作成手順の詳細な開示は管見の限り先行研究に見あたらないため、本実践において医療に関する情報に関して基礎的知識の加筆が特に必要であったことや、当事者視点を交え段階的な検討を経た医療用語の言い換えの具体的なあり方(表 3)は、今後他のがん種や疾患の「わかりやすい版」作成に応用できる知見であると考えられる。あわせて、冊子作成の手順 1 における「わかりやすい版」作成の知見および手順 3 における当事者ヒアリングで、「何」を難解な用語や説明として捉え、それらをどう変更したのかについては、情報作成に応用できるのみならず、支援現場や医療現場における口頭での説明時にも使用できる可能性が高い。今後さらに「わかりやすい版」の作成が進んでいく中でデータベース化し、活用していくことも求められよう。

一方で、わかりやすさと相反する「正確さ」の扱いに困難が生じる場合が見られたことが、本実践において特筆すべき点と考えられる。たとえば手順 3 において「大腸がんが大きくなる」「きちんと動かなくなる」などについて、程度がどのくらいかわかりづらいという意見が知的障害者から挙がったが、実際には場合によって異なるため、具体的な数値や状態で説明することは難しい。知的障害者向けの情報作成において、例えば 16 時を「夕方 4 時」と表現することがあるように、正確さよりも個人の価値判断に委ねる部分を残す表現を用いる(例では“夕方”は人によって認識が異なる)方が伝達内容への理解を促進する可能性も指摘されている(打浪(古賀), 2014)。しかし、そうした表現を用いずに伝達の「正確さ」のみを求めれば、今回のようなあいまいさを残す記述にならざるを得ない面が残る。がん情報の手話版作成においても正確性の重要さが指摘されているように(皆川ほか, 2022)、「言い切る」ことで正確性を欠いてしまうのは避けられるべきものである。この点は疾患等の「わかりやすい版」作成においてとくに慎重な検討を要する点であることが本実践から指摘できよう。また、個々に応じた具体性のある説明については、冊子を用いた対面での説明時に補完することを想定する必要があると考えられる。

4.1.2 経験やイメージによる影響

「わかりやすい版」の評価における支援者インタビューの結果(3.1.2)からは、冊子の部分を切り出して使用方法や、軽度知的障害者には冊子を手渡して使用することなど、知的障害者にとって身近な支援者とのやりとりにおける使用法に関する「わかりやすい版」の具体的な活用の可能性が示唆された。支援者は医療の専門家ではないが、ときに医療現場に同行しサポートする存在である。支援者の目線から見た時に想定される活用方法が多様に示されたことから、「わかりやすい版」が知的障害者の個々の状況に合わせて理解の助けとなる可能性があるといえよう。

「わかりやすい版」の読者となる人の感情や理解に沿うことについて注目すべき点として、作成時における手順 3 の知的障害者らへのヒアリング結果(3.1)で「薬」より「抗がん剤」のほうが理解しやすいが怖いイメージもあるという意見が挙がったように、とくに医療情報については、実際に即した表現にすると恐怖心につながる恐れがあることが確認される。イラストも同様であり、なるべく現実に近い形で描いたほうが「わかりやすさ」は向上しやすいものの、同時に恐怖心につながることもある。とくに知的障害者に対して医療に関する情報伝達をする際、過度な不安につながらないよう支援者らは注意を払う傾向が指摘されている(堀川・打浪, 2020)。「がん」のように怖いという一般的なイメージが先行する用語や内容については、疾患に関わる用語選択や説明の正確性とわかりやすさの双方を検討しつつも、直接的でありすぎることには留意する必要があると考えられる。ただ、今回イラストについては恐怖心をおおらないことを事前に意識しており、タッチをやわらかくすることで親しみやすいイラストにしたため、評価時に「イラストが怖い」という意見はとくに出なかった。

また、実際に知的障害者が文章を読んで理解する際、自身の経験に結び付けて用語を理解する傾向や、親しみのある用語を想起する傾向が指摘されている(打浪(古賀), 2014)。ヒアリング時、自分が受けたことのある検査名には「知っている」と大きく反応を示す知的障害者もいたため、がんに関する検査を受けた経験が内容理解に影響してい

ることが推測される。これは検査に限らず、何らかの経験があることに対しては理解が促進されると考えられるが、知的障害者は抽象的な概念の理解が難しい場合が多いため、医療行為等で理解しづらいものにおいては説明を補う体験的理解がさらに重要となるものと考えられる。これらをあわせて考慮すると、「大腸がん わかりやすい版」という紙媒体の冊子のみで説明を終えるのではなく、検査の前には検査機器を見せよう、体験してもらおうといった配慮・支援があることが望ましいと考えられる。

4.2 「わかりやすい版」の汎用可能性

相談員・看護師へのインタビューの結果 (3.2) からは、冊子が患者やその家族等におおむね好評だったことが確認された。とくに、イラストによって理解が進んだこと、また医療機関従事者もイラストによって説明がしやすかったことが観察されている。その分、実際の治療の場面など、イラストでより詳しく描写してほしいという声も医療機関従事者からあがった。また、「大腸がん わかりやすい版」は知的障害者を想定して作成したものではあるが、ろう者や認知症患者、あるいは障害のない人にとってもわかりやすいという示唆を得た。インタビュー対象者の中には、知的障害者以外に「わかりやすい版」を手渡すことに対して「患者が抵抗を持つのではないか」という懸念を持つ者もいたが、今回の調査の範囲では患者が抵抗を示したという報告はなかった。手渡すことにはこうした懸念や判断の難しさなどが語られており、直接手渡された患者は少なかったが、配架してあるものを患者が自ら手に取る様子は観察されていた。これらのことから、「わかりやすい版」が知的障害者に限らず幅広い層に活用されることが推察される。

その一方で、読者対象として高齢者を想定すること、具体的には、誌面の文字の大きさに配慮する必要性が明確に表れた。大腸がん患者には高齢者が多く、今回直接手渡された患者も 70 代以上であった。そのこともあって、「文字が小さくて読めない・読みづらい」という意見が多く挙げられたものと考えられる。それに対して、「わかりやすい版」はイラストが入っていることに意義が見いだされる傾向にあった。インタビューの中でも、「絵があるかないかの違いなので、この大きいバージョン (わかりやすい版) でわからない人はたぶんどれを渡してもわからないだろうな」

(b1)、「文字だけやったらがん情報サービスの冊子でいいんです」(d1) という語りがあり、インタビュー対象者から「わかりやすい版」の文章上の工夫が評価されることはなかった。医療情報以外の先行研究においては、外国人 (交換留学生) や聴覚障害学生が知的障害者向けの情報提供媒体を見た際に、視覚的な工夫にわかりやすさの認識を持つ傾向が示唆されている (打浪・大淵, 2019; 打浪, 2020a)。これについては、実際に文章上の工夫が不足しているのか、それとも、イラストや点字版・手話版等とは異なって見た目に明確な差がないためにそう感じられているのか、今後さらなる検討が必要である。

今後、障害の有無にかかわらず「わかりやすい版」が説明等の場面で適切に活用されるよう、医療機関への「わかりやすい版」の頒布や、医療機関従事者にわかりやすい情報の必要性の認識を広げることが必要である。その際、この冊子だけで説明が完結するのではなく、患者に対しては医療機関従事者自身が個別の状態にあわせてわかりやすく説明することも求められる。本冊子やわかりやすい医療情報の普及にあたり、医療機関従事者の側に認識の転換を働きかけるための啓発的な実践も必要であると考えられる。

5. 結語

本研究では、がん情報の平易化を目指して作成された「大腸がん わかりやすい版」のプロセスの詳細を明らかにし、さらに医療機関における平易化された情報の活用を実践的に検討した。がん情報の「わかりやすい版」作成におけるプロセスの詳細により、他のがん種や疾患の「わかりやすい版」作成にも応用できる具体的な知見が抽出された。作成された冊子は文章全体としておおむね当事者にわかりやすいものとなっていたこと、特にイラストなどの視覚的配慮に理解促進の効果が見られることが推察された。また、医療機関従事者へのインタビューで示されたように、「大腸がん わかりやすい版」は知的障害者のみならず、ろう者や認知症患者、あるいは障害のない人にとってもわかりやすいものである可能性、そしてさまざまな人に幅広く有用となる可能性が示唆された。

なお、今回の実践・調査におけるヒアリングおよびインタビューは、限定的な範囲に留まっている。今後、実践・調査の対象を拡大する、「大腸がん わかりやすい版」についての質問紙調査を実施し分析する等を通じ、本実践にて得られた示唆を検証することが課題である。

謝辞

「わかりやすい版」作成に協力してくださった方々、調査に応じてくださった方々に心より御礼申し上げます。

研究資金

本研究は JSPS 科研費 18K12987、および厚生労働科学研究費補助金 20EA1014 を受けて実施した。

利益相反自己申告

なし

引用文献

- 読書工房編著(2022). キラリさんの 病気やケガのときは どうするの? (ひとりのできるかな!? 国土社の LL ブック). 国土社
- 藤澤和子・河西聖子(2012). 知的障害者の図書館利用を進めるための LL(やさしく読める) 図書館利用案内. 図書館界, 64(4), 268-276.
- 藤澤和子・杉浦絹子(2020). 母子健康手帳を知的障害の妊産婦にわかりやすくリライトする—知的障害者への情報提供ガイドライン—. 母性衛生, 61(3), 216-216
- 早川雅代・石川文子・木下乙女・池口佳子・藤也寸志・高山智子(2019). 患者-医師間のコミュニケーションを支援する—患者向け医療情報提供における文章表現の検討—. 日本ヘルスコミュニケーション学会誌, 10(1), 10-15.
- 羽山慎亮(2017). 政府刊行物の「わかりやすい版」の言語的特徴—知的障害者が制度を理解するという観点による考察—. 社会言語科学, 20(1), 146-160
- 堀川諭・打浪文子(2020). 知的障害者に向けた医療情報のニーズに関する検討—支援者インタビューを通じた情報伝達の優先度に着目して—. 第 68 回日本社会福祉学会秋季大会 E ポスター報告, オンライン
- 一般社団法人スローコミュニケーション(2019). 「わかりやすさ」をつくる 13 のポイント—知的障害のある人向けの情報提供—. 一般社団法人スローコミュニケーション
- 門下祐子(2023). シンプル性教育 いっしょに話そう! くらす・はたらくに活かす「性」のこと. 一般社団法人スローコミュニケーション
- 国立がん研究センター(2008). 各種がん 103 大腸がん(第 4 版). 国立がん研究センター
- 国立国語研究所「病院の言葉」委員会(2009). 病院の言葉を分かりやすく—工夫の提案—. 勁草書房
- 松尾慎・菊池哲佳・モリス J.F・松崎丈・打浪(古賀) 文子・あべやすし・岩田一成・布尾勝一郎・高嶋由布子・岡典栄・手島利恵・森本郁代(2013). 社会参加のための情報保障と「わかりやすい日本語」—外国人, ろう者・難聴者, 知的障害者への情報保障の個別課題と共通性—. 社会言語科学, 16 (1), 22-38.
- 皆川愛・高嶋由布子・八巻知香子・平英司・高山亨太(2022). ろう者を対象にした医療情報の翻訳における課題—がん冊子の手話動作作成を通して—. 日本ヘルスコミュニケーション学会誌, 13(1), 30-39.
- 中島武史(2023). 日本語の「形」と「質」について—聞こえない・聞こえにくい人たちにとっての困難—. 社会言語科学, 26(1), 123-132.
- 中山健夫・高山智子・酒井由紀子・早川雅代・北澤京子・西村多寿子(2020). 医療情報をどう作り、どう届けるか—文書に関する研究アプローチ—. 日本ヘルスコミュニケーション学会誌, 11(1), 21-28.
- 社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会(2016). わかりやすい情報提供に関するガイドライン.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/dl/171020-01.pdf (2023 年 10 月 20 日)
- Kyle Sue, Paolo Mazzotta, Elizabeth Grier (2019). Palliative care for patients with communication and cognitive difficulties, *Canadian Family Physician*, Vol 65(1), 19-24.
- 武田裕子・岩田一成・新居みどり(2021). 医療現場の外国人対応 英語だけじゃない「やさしい日本語」. 南山堂
- 打浪文子(2020a). 知的障害者向け「わかりやすい情報媒体」への認識に関する予備的検討—聴覚障害学生に焦点を当てて—. 淑徳大学短期大学部研究紀要, 61, 103-109.
- 打浪文子(2020b). 知的障害者向けの「わかりやすい情報提供」の現状と課題—医療に関する情報保障に焦点を当てて—. ことばと社会, 22, 10-33.
- 打浪(古賀)文子(2014). 知的障害者への「わかりやすい」情報提供に関する検討—「ステージ」の実践と調査を中心に—. 社会言語科学, 17(1), 85-97.
- 打浪文子・岩田一成(2019). やさしい日本語化の情報の加除—NHK ニュース, NHK 「NEWS WEB EASY」、『ステージ』の比較—. 庵功雄・岩田一成・佐藤琢三・柳田直美編. <やさしい日本語>と多文化共生. ココ出版, 239-256.
- 打浪文子・大淵裕美(2019). 知的障害者向け「わかりやすい情報媒体」の応用可能性に関する予備的検討—交換留学生に焦点を当てて—. 淑徳大学短期大学部研究紀要, 60, 1-16.

*責任著者 Corresponding author : 打浪文子 (e-mail uchinami@ris.ac.jp)

投稿日 : 2023 年 10 月 24 日 受理日 : 2024 年 3 月 18 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】

<p>東京大学大学院 医学研究科 医療コミュニケーション学分野 所在地 〒113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1</p>	
交通アクセス	東京メトロ丸ノ内線・都営大江戸線 本郷三丁目駅 下車 徒歩 10 分 TEL : 03-5841-3304 (代)
ウェブサイト Facebook・Twitter・ Instagram など	研究室ウェブサイト https://www.umin.ac.jp/hc/index.html
設置課程と取得可能な学位・資格	公衆衛生学修士（専門職） 博士（医学） 博士（保健学）
備考	<ul style="list-style-type: none"> ● 博士課程の出願前には必ず教員に事前面談を依頼してください。 ● 博士課程はフルタイム勤務者は受け入れていません。 ● 公衆衛生学修士（専門職）課程の出願には事前面談は不要です。
問い合わせ先	上記の研究室のウェブサイトの「お問い合わせ」からメールを送信してください。

1. ヘルス コミュニケーション教育・研究活動とその特徴

公衆衛生学修士（専門職）課程では、研究者の養成のみならず、医療・公衆衛生分野における実務家養成も目的としています。博士課程では、国際的な研究者の養成を目的としています。

2. 近年の実績（論文・実践活動等）

2023 年の大学院生・教員の論文業績は、下記の通りです。

- Okuhara T, Shirabe R, Kagawa Y, Okada H, Kiuchi T. Encouraging COVID-19 vaccination by focusing on anticipated affect: a scoping review. *Heliyon* 2023;9(12):e22655.
- Terada M, Okuhara T, Nagasawa T, Okada H, Goto E, Kiuchi T. Public perception of the resumption of HPV vaccine recommendation in Japan: Twitter content analysis, *Health Promotion International* 2023;38:6daad153.
- Furukawa E, Okuhara T, Okada H, Sawada N, Kiuchi T. Evaluating understandability and actionability of online education materials for home-care patients with COVID-19 in Japan. *BMC Research Notes* 2023;16:291.
- Furukawa E, Okuhara T, Okada H, Nishiie Y, Kiuchi T. Evaluating the understandability and actionability of online CKD educational materials. *Clinical and Experimental Nephrology* 2023;Sep16.
- Yokota R, Okuhara T, Okada H, Furukawa E, Kiuchi T. Japanese magazine articles on lifestyle factors associated with fertility: A content analysis. *Women* 2023;3(3):408-420
- Furukawa E, Okuhara T, Okada H, Fujitomo Y, Osa M, Hashiba T, Kiuchi T. Evaluating the understandability and actionability of online educational videos on pre-dialysis chronic kidney disease. *Nephrology* 2023;1-9.
- Okuhara T, Kagawa Y, Furukawa E, Okada H, Yokota R, Kiuchi T. Realism and Length of Narrative for Further Research in Health Communication. *Patient Education and Counseling* 2023;114:107859.
- Okuhara T, Okada H, Kiuchi T. Addressing message fatigue for encouraging COVID-19 vaccination. *Journal of Communication in Healthcare* 2023;16(3):298-303.
- Okuhara T, Kagawa Y, Okada H, Tsunozumi A, Kiuchi T. Intervention studies to encourage HPV vaccination using narrative: a scoping review. *Patient Education and Counseling* 2023;111:107689.

- Okada H, Okuhara T, Goto E, Kiuchi T. Association between trust in COVID-19 information sources and engaging in infection prevention behaviors in Japan: a longitudinal study. *Patient Education and Counseling* 2023;111:107686.
- Shirabe R, Okuhara T, Okada H, Goto E, Kiuchi T. Support needs for anxiety among pregnant women in Japan: A qualitative pilot study. *Women* 2023;3(1):95-106.
- Kagawa Y, Ishikawa H, Son D, Okuhara T, Okada H, Ueno H, Goto E, Tsunozumi A, Kiuchi T. Using patient storytelling to improve medical students' empathy in Japan: a pre-post study. *BMC Medical Education* 2023;23:67.
- Okada H, Okuhara T, Goto E, Kiuchi T. Associations between vaccination behavior and trust in information sources regarding COVID-19 vaccines under emergency approval in Japan: a cross-sectional study. *Vaccines* 2023;11(2):233.
- Nagasawa T, Okuhara T, Terada M, Okada H, Goto E, Kiuchi T. Print materials to promote physical activities in Japan: Content analysis from a goal theory. *Healthcare* 2023;11(2):239.
- Okuhara T, Terada M, Kagawa Y, Okada H, Kiuchi T. Anticipated Affect that Encourages and Discourages Human Papillomavirus Vaccination: a Scoping Review. *Vaccines*. 2023; 11;124.

3. 入試概要

公衆衛生学修士（専門職）の入試は 8 月、博士（医学）の入試は 10 月、博士（保健学）の入試は 1 月です。出願期間など詳細は大学院ホームページをご確認ください。

大学院ホームページ <https://www.m.u-tokyo.ac.jp/daigakuin/apply/appguidemain.html>

4. 在学生のバックグラウンドと卒後の進路

医療者（医師、看護師等）、非医療関係者（企業勤務経験者）など在学生のバックグラウンドは様々です。公衆衛生学修士（専門職）の学取得後の進路は、博士課程進学のほか、臨床に戻ったり企業に就職したりなどです。博士（医学・保健学）の学位取得後は多くの場合、大学や研究機関の研究職に就いています。

5. 奨学金・助成制度

大学院ホームページをご確認ください。

6. 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	授業の概要
医療コミュニケーション学講義	保健医療・公衆衛生分野における専門職として効果的なコミュニケーションを実践するために必要な、(1)コミュニケーションの基本的な理論、(2)コミュニケーションの具体的な方略やスキル、(3)コミュニケーションの評価・分析方法等を講義します。
医療コミュニケーション学演習	効果的な医療コミュニケーション（ヘルスコミュニケーション）を行うために必要なスキルを、対人コミュニケーション、メディアを通じたコミュニケーションそれぞれ具体的に取り上げ、演習を行います。
医学研究データマネジメントと CDISC 標準	CDISC 標準活用によるデータ、ソフト、研究業務の相互運用性の重要性を学ぶとともに、医学と情報学の学際的分野である臨床・疫学研究データマネジメントの実際について講義します。

*責任著者 Corresponding author : 奥原剛 (e-mail: okuhara-ctr@umin.ac.jp)

編集後記

昨秋に開催された「ヘルスコミュニケーションウィーク 2023～福島～」は、『「未知なる不安」に対応するヘルスコミュニケーション ―原子力災害・コロナ禍を経験して―』をテーマに開催され、大変盛会となりました。今号では、そのヘルスコミュニケーションウィーク 2023 において開催された第 15 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会の特集を掲載しています。大会長の安村誠司先生（福島県立医科大学）のご高配により、非常に関心が高く好評だったシンポジウムの内容をお届けできますことを大変ありがとうございます。

また、会期中に表彰のあったヘルスコミュニケーション関連学会優秀書籍賞の受賞書籍『これからのヘルスリテラシー 健康を決める力』の書籍紹介もいただきました。本のエッセンスがぎゅっと詰まっています。ヘルスリテラシーに関するこれまでの蓄積や議論の概要をつかむことのできる貴重な紹介となっています。読んだらきっとさらに書籍を手に取りたくなることと思います。ちょうど今号では、学術論文のほうもヘルスリテラシーや分かりやすい医療情報の提供に関する論文が掲載となりました。合わせて、ぜひお読みいただけましたら幸いです。

今号が、2022-2023 年度編集委員会がお送りする最後の号になります。この間、投稿をお寄せくださった皆さま、お忙しい中、査読をお引き受けくださった先生がたに改めて感謝申し上げます。次期の編集委員会はさらにパワーアップしていく予定です。引き続きお力添えいただけますよう、よろしく願いいたします。

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 15 巻第 1 号

Health Communication Research Vol.15, No.1

2024 年 4 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)
副編集委員長	杉本 なおみ	(慶應義塾大学看護医療学部)
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)
	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)

第 15 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会報告 編集

安村 誠司 (福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座)

編集事務補佐 小川 留奈 (帝京大学大学院公衆衛生学研究科)

発行者 日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>
