

令和5年度～7年度 青森県立保健大学 プロジェクト型研究

青森県における効果的なヘルスコミュニケーション手法の開発に関する研究
研究報告書

令和8年3月
研究代表者 大西基喜
青森県立保健大学目次

はじめに：研究概要

【保健分野】

〔課題1〕青森県農漁業従事者との効果的なヘルスコミュニケーションに関する研究

〔課題2〕青森県内の小規模事業場で健康経営を進める上での課題と実装の方策

〔追加補題〕保健協力員等に対する実態調査について

〔課題3〕親子の間食に関するヘルスコミュニケーション

【医療分野】

〔課題4-1〕青森県の医療に関する効果的ヘルスコミュニケーション手法に関する研究

—薬剤処方に焦点を当てた課題把握とツール開発に向けて—

〔課題4-2〕薬剤関連医療事故防止への患者参加の実態と関連要因：

健康信念モデルに基づく北東北の患者と全国の医師に関する横断的分析

〔課題4-3〕風邪に抗菌薬が処方される要因の検討

-患者・医師・薬剤師に対する横断的研究・コロナ禍を経て-

〔課題4-4〕患者の歯科治療選択に対する意思決定支援の現況と影響要因

〔課題5〕青森県の外国人医療にかかわるヘルスコミュニケーション研究

〔課題6〕LGBTQ+の人々の医療におけるヘルスコミュニケーション改善に向けた研究

【介護・福祉分野】

〔課題7〕介護支援専門員の認知症高齢者への意思決定支援スキル獲得に関する研修プロ

グラムの開発

主任介護支援専門員の包括的・継続的ケアマネジメント実践に向けて

〔課題8〕外来患者に係る外来看護職と介護支援専門員等のヘルスコミュニケーション促

進ツールの検討 ～青森県における外来版介護医療連携シートの開発～

はじめに：研究概要

研究代表者 大西基喜

青森県の健康課題は多く、その対策は、喫煙や肥満などの生活習慣の改善、病気の予防、受診のタイミングやスタイルなど、住民の課題が主体で、保健・医療・福祉の分野でいえば、ケア^{注)}の受ける側の課題とその対策に焦点があたっていました。私たちは課題やその対策をもう一度丁寧に見直すべきと考え、ケアの受領者のみならず提供者側の問題も含め、健康・医療等の情報を巡る双方向的なヘルスコミュニケーション（以下、HC）の観点から課題を検討してみることにしました。

ここでいう HC とは、人の健康保持・増進、疾病/障害のケア、健康危機の回避など、生命や健康を守るための科学的情報をめぐるコミュニケーションのことです。この概念には、どのようなコミュニケーションが最も適切かを検討し、不断に改善することまで、戦略的な意味合いも含まれています。

第1次プロジェクト型研究では、保健・医療・福祉の分野の多くの研究者が集い、プロジェクトを構築できましたが、課題は極めて多く、研究対象もその分広くなります。全課題を網羅することは到底できませんが、さまざまな専門から課題を抽出し、研究を行ってきました。しかし、コロナ禍の影響もあり、当初思い描いた社会実装部分は全体として未完了のまま終始しました。

本研究では、第1次の HC 研究の精査を行い、その成果と、それと広く関連する事項・文献の検討、そして実態に関する付加的研究の実施とにより得られる知見にもとづき、青森県保健・医療・福祉の課題から8課題（+1付加課題）を取り上げて研究を行いました。その上で、HC上の保健・医療・福祉分野でのケアの質をあげるべく、各種プログラム開発など社会実装をモデル的に検討・開発し、その評価を実施しました。ただ、真の意味での社会的実装には未完の状態です。社会実装としては、アプリケーションソフトウェアの開発が4件、研修プログラムの開発が2件、コミュニケーションツールとしての専門職間連携シートの開発が1件であり、8課題とも一定の社会実装の段階に到達しました。3年間の成果としては、学会発表21件、雑誌掲載論文はありませんでしたが、投稿中～予定のものは5件となっています。

今後、社会実装的研究を発展させ、広報活動を行うとともに、保健医療福祉に携わる専門職に対して、成果としての介入プログラムやツールの普及を図っていくなど、最終的に社会に還元していくことが望まれます。

注)「ケア」について：ここでは、保健・医療・福祉の分野で、治療、看護、介護など専門職の提供するすべての行為を「ケア」と呼称しています。

研究担当者

| [担当者名] | [担当研究] |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 伊藤 瑠美 ⁷⁾ | [課題4] [課題5] |
| 岩渕 瑞稀 ⁶⁾ | [課題3] |
| エメリ トラビス ⁴⁾ | [課題6] |
| 大西 基喜 ⁴⁾ (研究代表者) | [課題1] [課題2] [追加補題] [課題4] [課題5] |
| 大賀 佳子 ⁶⁾ | [課題2] |
| 尾崎 麻理 ³⁾ | [課題6] [課題8] |
| 大野 智子 ²⁾ | [課題3] |
| 大水 美保 ⁷⁾ | [追加補題] |
| 長内 奈津美 ⁷⁾ | [追加補題] |
| 長内 志津子 ¹⁾ | [課題4] [課題5] |
| 奥村 智子 ⁷⁾ | [追加補題] |
| 葛西 孝幸 ³⁾ | [課題6] [課題7] [課題8] FG |
| 笠原 美香 ⁵⁾ | [課題1] |
| 川内 規会 ⁴⁾ | [課題5] |
| グエン レー ラン リン ⁶⁾ | [課題5] |
| 工藤 英明 ³⁾ | [課題7] [課題8] |
| 古川 照美 ¹⁾ | [課題3] [課題7] [課題8] |
| 佐々木 純子 ⁵⁾ | [課題5] |
| 反町 吉秀 ⁴⁾ | [課題1] |
| 谷川 涼子 ¹⁾ | [課題6] |
| 手塚 祐美子 ¹⁾ | [課題4] |
| 中崎 真也 ⁵⁾ | [課題4] |
| 千葉 敦子 ¹⁾ | [課題1] [課題2] [追加補題] |
| 出貝 裕子 ¹⁾ | [課題7] [課題8] |
| 花田 和大 ⁵⁾ | [課題4] |
| 福井 美咲 ⁶⁾ | [課題8] |
| ホーン クリストファー ⁴⁾ | [課題6] |
| 盛 美咲 ⁵⁾ | [課題3] |
| 山口 久美子 ⁷⁾ | [追加補題] |

(アイウエオ順)

- 1) 青森県立保健大学看護学科
- 2) 同大学栄養学科
- 3) 同大学社会福祉学科
- 4) 同大学健康科学総合教育部門
- 5) 同大学客員研究員
- 6) 同大学大学院生
- 7) 学外研究者

〔課題 1〕 青森県農漁業従事者との効果的なヘルスコミュニケーションに関する研究

笠原美香、大西基喜、千葉敦子、反町吉秀、蓬畑恵久美

青森県の一次産業従事者は、長時間・不規則労働や季節性、地域文化の影響により、生活習慣の改善や医療・支援へのアクセスが困難になりやすい。本研究では、生活習慣と健康意識を量的に把握するとともに、健康行動の阻害要因と支援ニーズを質的に明らかにし、その知見に基づいて一次産業従事者に適したヘルスコミュニケーション手法および健康支援アプリを設計・開発した。量的検討では、職業に特有の健康意識や健康行動の差は明確ではなかった。一方、質的検討では、「病気になってから健康に関心が高まる」「情報が多すぎて判断が難しい」「健診・受診を先送りする」といった特徴がみられ、短く信頼できる健康情報、症状別の判断補助、相談・医療への導線整備が求められていた。これらを踏まえ、低負担で記録できる健康記録機能、季節・気象リスクへの注意喚起、相談資源へのアクセス機能を統合した健康支援ツールを開発した。一次産業従事者への健康支援においては、自己モニタリング、短く信頼できる情報提供、受診・相談への導線整備を核とする支援が有望である。今後は利用者からのフィードバックを踏まえて内容や機能の改善し、実用性と受容性を高めるとともに、全県展開に向けた条件を整理していく必要がある。

I. 背景

青森県において農林水産業は地域の雇用と生活基盤を支える重要な産業である¹⁾。一方で一次産業従事者は、自然条件下での長時間・不規則労働、季節変動に伴う繁忙期の過重負担、作業姿勢や身体負荷、寒冷環境、移動距離や医療資源の偏在等の影響を受け、生活習慣病や精神的健康の課題を抱えやすく²⁾、特定健診受診率や死亡率の面からも健康支援上の課題が指摘されている^{3,4)}。さらに、地域文化・職業文化も健康行動の形成に関与し⁵⁾、保健指導で一般的に用いられる「正しい知識の伝達」だけでは行動変容につながりにくい場面が多い。

ヘルスコミュニケーションは、健康情報を単に提供するのではなく、自分に合った選択をして、行動につなげられるよう支援するためのコミュニケーションである⁶⁾。特にヘルスリテラシーの観点からは、情報の「入手」「理解」「評価」「活用」の各段階で支援が必要とされ^{6,7)}、情報過多の状況では「何を信じ、どう選ぶか」自体が負担となる。一次産業従事者においては、医療機関へのアクセスや受診行動の心理的障壁、健診結果の解釈困難、家族・地域の規範、繁忙期の時間制約などが重なり、健康行動が後回しになりやすい^{2,5)}。

本研究は、量的・質的知見を統合し、青森県の農漁業従事者の実用性の高い健康支援ツールの開発を目的として、3年間にわたり実施した。

II. 目的

本研究の目的は、農漁業従事者の生活習慣、健康意識および健康行動の背景にある考え方を量的・質的に明らかにし、その結果と文献検討を踏まえて、一次産業に適したヘルスコミュニケーション手法を検討することである。さらに、社会実装を見据え、一次産業の生活文脈に適合したヘルスコミュニケーション手法として、「健やか力検定」で作成した教材等を活用した一次産業従事者向けの実用的支援ツール（アプリ）を開発し、全県展開に資する基盤を整備することを目的とした。

III. 方法と結果

1. 研究デザイン（全体）

本研究は、3年間のプロジェクト型研究として実施した。2023年度にWeb調査（量的調査）、2024年度にグループインタビューによる質的調査、2025年度に「青森県の農漁業従事者の実用性の高い健康支援ツールの開発」を行った。

〈表1 年次設計〉

| 年次 | 実施内容 | 目的 |
|-----|-----------------------------|--------------------------------|
| 1年目 | Web調査（量的調査） | 健康意識、健康行動、職業要因等の関連を量的に把握する。 |
| 2年目 | グループインタビュー（質的検討） | 健康行動上の課題や支援ニーズを質的に把握する。 |
| 3年目 | 青森県の農漁業従事者の実用性の高い健康支援ツールの開発 | 調査結果を踏まえた実用的支援ツールを開発し、社会実装を図る。 |

2. 2023年度：Web調査（量的検討）について

健康意識と健康行動の背景にある考え方と職業等との関連を明らかにすることを目的として、北東北3県の農漁業従事者326名と、対照群として会社員652名を対象に、生活習慣（間食、飲酒、喫煙等）および健康意識に関するWeb調査を実施した。828名から回答を得て（回収率84.7%）、分析を行った。健康意識については、先行研究で開発された「健康関心尺度」を参考に20項目の質問を作成し、これら20項目について因子分析を行い、2因子を抽出した。第1因子は「健康第一」、第2因子は「生きがい志向」と意味づけた。これらの因子と健康行動および属性要因（職業、年齢、居住地、収入）との関連について、男女別にロジスティック回帰分析を行った。その結果、健康行動と職業等との関連については、職業との関連では、男性の間食、飲酒、喫煙のいずれにおいても有意な関連は認められな

った。一方、男性では収入が高いほど飲酒するオッズが低かった。女性では、農漁業従事者であることおよび収入が高いことが、間食をとることと有意な負の関連を示し、女性の農漁業従事者および高収入者では間食をとらない傾向が認められた。喫煙および飲酒については、女性では職業、収入、都道府県との有意な関連は認められなかった。

〈表2 基本属性〉

対象者 978 名中、828 名から回答あり（回収率 84.7%：農漁業 86.2% 会社員 83.9%）

| | | 農漁業 | 会社員 |
|------|--------|--------------|--------------|
| 年齢 | 平均 | 44.0 歳 | 46.0 歳 |
| | 最小-最大 | 20-71 歳 | 20-71 歳 |
| 性別 | 男性（割合） | 181 人（64.4%） | 362 人（66.2%） |
| | 女性（割合） | 100 人（35.6%） | 185 人（33.8%） |
| 都道府県 | 青森県 | 115 人 | 207 人 |
| | 秋田県 | 70 人 | 143 人 |
| | 岩手県 | 96 人 | 197 人 |

〈表3 健康意識の因子分析〉

| | |
|-------------------|-------------------------|
| 健康第一（健康が何といても重要） | 生きがい志向（健康より大事にしたいことがある） |
| 私は健康への意識が高い方 | 健康よりも遊びや趣味が大切 |
| 自分の健康に関する情報に興味がある | 健康よりも仕事や収入が大切 |
| 健康の状態の変化に気をつけている | 病気を予防するより病気になったら治療すればいい |
| 周りの人より私は健康を意識している | 健康的であるとかないとか特に意識しない |
| 健康を第一に考えて暮らしたい | 健康よりも今好きなことをして生きることは大事だ |

〈表4 健康行動と職業等との関連〉

| 目的 | 説明変数 | 男性 | 女性 |
|----|------|----|----|
|----|------|----|----|

| 変数 | | オッズ 比 | 95% CI | P 値 | オッズ 比 | 95%CI | P 値 |
|----------------------|-------------------------|----------|-----------|--------|----------|-----------|---------|
| 間食 0 とらない 1 とる | 職業(0 会社 員、1 農漁 業) | 0.77 | 0.50 1.20 | 0.247 | 0.39 | 0.20 0.78 | **0.007 |
| | 収入 | 1.20 | 0.90 1.60 | 0.225 | 0.52 | 0.32 0.83 | **0.007 |
| | 都道府県 | 1.01 | 0.68 1.49 | 0.958 | 0.89 | 0.47 1.68 | 0.71 |
| 飲酒 0 飲まない 1 飲む | 職業(0 農漁 業、1 会社 員) | 1.03 | 0.67 1.59 | 0.890 | 0.76 | 0.47 1.25 | 0.28 |
| | 収入 | 0.75 | 0.57 0.99 | *0.044 | 1.02 | 0.75 1.38 | 0.92 |
| | 都道府県 | 1.14 | 0.77 1.69 | 0.508 | 1.01 | 0.65 1.57 | 0.96 |
| 喫煙 0 吸わない 1 吸う | 職業(0 農漁 業、1 会社 員) | 0.97 | 0.66 1.43 | 0.870 | 0.95 | 0.57 1.56 | 0.82 |
| | 収入 | 0.89 | 0.70 1.15 | 0.387 | 1.29 | 0.94 1.77 | 0.10 |
| | 都道府県 | 1.13 | 0.80 1.61 | 0.480 | 1.22 | 0.78 1.91 | 0.38 |

<表5 健康意識と職業・健康習慣との関連>

| 目的変数 | 説明変数 | 男性 | | | 女性 | | |
|----------------------------------|-------------------------|----------|-----------|-------|----------|-----------|-------|
| | | オッズ 比 | 95% CI | P 値 | オッズ 比 | 95%CI | P 値 |
| 健康意識 0 生きが い 1 健康第 一 | 職業(0 会社 員、1 農漁 業) | 1.21 | 0.84 1.74 | 0.31 | 0.68 | 0.41 1.12 | 0.13 |
| | 収入 | 1.31 | 1.04 1.67 | *0.02 | 1.09 | 0.80 1.50 | 0.58 |
| | 間食 (0 な し、1 あり) | 0.87 | 0.57 1.34 | 0.53 | 2.54 | 1.20 5.39 | *0.02 |
| | 飲酒 (0 な し、1 あり) | 1.11 | 0.73 1.67 | 0.63 | 1.07 | 0.66 1.75 | 0.78 |

| | | | | | | | | |
|--------------|------|------|------|---------|------|------|------|------|
| 喫煙（0 なし、1あり） | 0.61 | 0.43 | 0.87 | **0.007 | 1.08 | 0.61 | 1.91 | 0.80 |
|--------------|------|------|------|---------|------|------|------|------|

3. 2024年度：質的検討（グループインタビュー等）について

一次産業従事者の健康行動上の課題や支援ニーズを質的に把握するため、モデル地域の一次産業従事者に対し、半構造化面接（グループインタビュー）を実施した。対象者は、津軽地域（五所川原市）では2025年2月12日に農業従事者男女8名（42～55歳）、南部地域（東北町）では2025年2月28日に農業従事者男女8名（36～62歳）であった。インタビュー内容は、健康状態や生活習慣、健康情報の入手先とその内容、さらに必要とする情報や望ましい支援内容とした。得られた語りは逐語録化し、質問項目に沿って、地域間の共通点と差異を整理した。

その結果、共通点では、健康への関心が「病気になってから」高まる傾向が多く語られ、健診や受診行動については、「怖い」「悪いところがないから行かない」といった心理的障壁や先送り傾向が認められた。また、健康情報については、医師・医療機関を最も信頼する一方で、インターネット検索や家族からの情報も参照していたが、「情報が多すぎて判断が難しい」という語りが得られた。

支援ニーズとしては、①自分の健康状態に合った食事量や栄養の目安を体験的に理解できる情報提供、②症状別の簡易判断（受診の目安等）を支援するツール、③適切な医療・相談先につながる情報データベース（相談窓口、医療機関、支援制度等）が挙げられた。これらは、一次産業に特徴的な時間制約やアクセス制約のもとで、意思決定の負担を軽減し、受診・相談への移行を促すうえで重要であることが示唆された。

〈図1 グループインタビューの様子〉



<表6 グループインタビューの結果>

| 項目 | 津軽・南部共通 | 津軽のみ | 南部のみ |
|------------|-----------------|--|--|
| 健康意識 | 病気になってから意識 | <ul style="list-style-type: none"> ・多くの参加者が健康に関心を持ち始めたのは病気になってから。 ・40代を超えると食事や生活習慣を意識するようになったが、必ずしも積極的な改善には至っていない。 ・運動習慣を持っている人もいるが、コロナ禁止でジム通いをやめた人もいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・若いから健康は気にしない。 ・冬は太るが、夏の労働で痩せるから気にしない。 ・健診は悪いところがないから行かない。 ・病気と診断されるのが怖い。 ・40歳を超えると意識が変わる。 ・厄年を気にする傾向 |
| 健康行動 | 40歳代以降、食生活を気にする | <ul style="list-style-type: none"> ・肉より魚を選ぶ。 ・運動を意識する人としな | <ul style="list-style-type: none"> ・動けるうちは健康、朝起きて美味しくタバコが吸えればOK。 ・お酒だけはやめられない。 |
| 健康情報の入手先 | 医療機関>家族>インターネット | <ul style="list-style-type: none"> ・ネット検索や家族が提供する情報も参考にするが、情報過多で判断が難しい。 ・ラジオから健康情報を聞くことはあるが、関心が低いと素通りしてしまう。 | <ul style="list-style-type: none"> ・関心がなければ見ない。 ・YouTubeでは健康情報をあまり見ない。 |
| 必要な健康支援ニーズ | 実用的な健康支援ツール | <ul style="list-style-type: none"> ・適量を知る体験型の情報提供。 ・症状別の簡易診断ツール。 ・医療機関情報データベース。 | <ul style="list-style-type: none"> ・面白ければ健康情報を見るが、実践するかは別。 ・自分に危機感がないと健康に関心を持ってない。 |

4. 2025年度：青森県の農漁業従事者の実用性の高い健康支援ツールの開発 について

目的は、農漁業従事者が簡便に健康管理を行い、信頼できる情報にアクセスできる一次産業向けアプリを開発し、継続的な行動変容とヘルスリテラシーの向上を促すことである。2024年度までに得られた質的知見（阻害要因・支援ニーズ）と既存教材（健やか力検定）を基に設計案を作成し、Webex上で開発専門家と研究チームが同時接続しながら共同設計を行った。ノーコードの指示駆動型ツール（Vercelv0）にテキストで仕様を入力し、即時に生成された画面や挙動を共有しながら修正を反復した。

主な機能は、「健康情報」と「健康記録」である。設計方針は、「短時間・低負担入力」「一次産業に寄り添った内容」「シニアにも使いやすい画面・操作性」とし、自己効力感を高める短い応援メッセージを適宜表示する構成とした。

その結果、スマートフォンのホーム画面には、①「健康記録」、②「季節別注意」、③「健やか力情報」、④「24時間対応 AI 相談」、⑤「各種相談機関／健康情報サイト」、⑥「運動・栄養支援」を配置した。「健康記録」では「今週の健康状況」を可視化し、「季節別注意」では作業前の一言により季節・気象リスクへの注意を促す設計とした。「健やか力情報」はオリジナルコンテンツとして作成し、「各種相談機関」では地域の相談窓口へワンタップで到達できるようにした。AI 相談は一般的助言の範囲に限定した。

今後は、アプリ利用者からのフィードバックを得ながら、内容や機能の修正・改善を継続して行っていく方針とした。これにより、一次産業従事者にとっての実用性および受容性を高めながら、全県展開に向けた導入条件や運用上の課題を整理していく予定である。

〈図2 一次産業従事者のための「健やか力」アプリ周知カード〉



IV. 考察

1. 量的検討において職業差が明確でなかったことの意味

2023年度の量的検討では、農漁業従事者に特有の健康意識や健康行動の差は必ずしも明確には認められなかった。このことは、一次産業従事者の健康課題が、単に職業属性のみで規定されるものではなく、地域文化、個人の信念、医療アクセス等の多様な要因が重なり合って形成されている可能性を示している^{2,5)}。

職業差が明確になりにくかった理由として、Web調査における選択バイアス、健康意識項目の解釈の揺れ、生活習慣項目(例:間食)の概念が個人によって異なる可能性など、測定および解釈上の課題が示唆された。

2. 質的検討からみえた健康支援上の課題とヘルスリテラシー

質的検討では、「病気になってから健康に関心をもつ」「情報が多すぎて判断が難しい」「健

診や受診が怖く、後回しになる」といった語りが多く得られた。これらは、健康情報の入手、理解、評価、活用というヘルスリテラシーの各段階において支援が必要であることを示している^{6,7)}。

一次産業従事者は、信頼できる情報源として医師や医療機関を重視していたが、日常的に医療専門職へ容易にアクセスできるとは限らない。そのため、インターネットや家族からの情報に頼る場面では、情報の評価や選択に負担が生じやすい。こうした状況に、「先送り」や「受診回避」が重なることで、健康課題が顕在化してから対応する受動的な行動につながることを示唆された。青森県一般住民においても、健診非受診行動と病気に対する偏った認識との関連が報告されており⁸⁾、本研究でも、一次産業従事者からこれと共通する語りが得られた。

以上のことから、一次産業従事者へのヘルスコミュニケーションにおいては、「正しい情報を伝える」だけでなく、「必要な情報を選びやすく提示すること」や「次の行動に移りやすい導線を整えること」が重要であると考えられた。

3. 健康支援ツール開発の意義

設計した健康支援ツールは、①短時間・低負担で記録できる自己モニタリング機能、②季節性・気象リスクに応じた注意喚起、③一次産業の生活文脈に沿った短い健康情報、④相談・医療へのアクセスにつながる導線などを組み合わせた点に特徴がある。

一次産業従事者では、繁忙期と閑散期の差が大きく、毎日継続して利用することを前提とした支援は受け入れられにくい可能性がある。そのため、「短時間で使えること」「必要なときにすぐ使えること」「中断しても再開しやすいこと」といった設計が重要である。こうした考え方は、mHealthの活用可能性や利用者中心の観点からも支持される^{9,10)}。

また、相談窓口や医療機関の情報を一元化して提示することは、受診や相談を個人の努力のみに委ねるのではなく、「次にとるべき行動」を具体的に示す支援として意義が大きい。したがって、本ツールは、一次産業従事者における健康行動支援を高める手段の一つとなることが期待される。

4. 今後の改善と全県展開に向けた課題

本研究では、一次産業従事者に適した健康支援ツールの設計と開発を行った。今後は、アプリ利用者からのフィードバックを得ながら、内容や機能の修正・改善を継続して行うことが重要である。特に利用しやすさ、理解しやすさ、継続しやすさといった受容性の確認に加え、相談先や医療機関への導線が実際に活用されるかどうかを把握する必要がある。さらに、全県展開に向けては、周知を行い、本格的な展開につなげていきたい。

V. 限界

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、2023年度のWeb調査は参加者の属性に偏りが生じる可能性があり、一次産業従事者全体を代表しているとは限らない。第二に、生活習慣項目の概念定義（例：間食、飲酒量等）によって結果の解釈が左右される可能性がある。第三に、質的調査は対象地域および参加者数に限りがあったものの、第1期プロジェクト型研究におけるインタビュー調査と概ね共通する結果が得られており、一定のデータの飽和が示唆された。今後は、対象地域や属性の幅をさらに広げることにより、一次産業従事者における健康行動の多様な背景をより丁寧に把握していく必要がある。第四に、支援ツールは開発・改良段階にあり、実運用下での有効性は今後の検討課題である。第五に、当事者参加による共同設計やユーザビリティ評価は十分とはいえず、今後の改善が必要である。

VI. 結論・今後の展開

本研究では、一次産業従事者の健康行動を量的・質的に把握し、その知見を踏まえて健康支援ツールの開発につなげるまでの基盤を3年間で整理した。一次産業従事者では、健康への関心が高まる契機の遅れ、情報過多による判断困難、健診・受診に対する心理的障壁、時間的・地理的制約が重なり、健康行動が後回しになりやすいことが示唆された。

これに対し、短時間・低負担で利用できる自己モニタリング、短く信頼できる健康情報、相談・医療への導線を統合した健康支援アプリは、一次産業従事者に対する実装可能性の高い支援方策であると考えられた⁹⁾。

今後は、アプリ利用者からのフィードバックを得ながら内容や機能の改善を重ね、一次産業従事者にとっての実用性と受容性を高めるとともに、全県展開に向けた運用上の課題を整理していく必要がある。

謝辞・利益相反・倫理的配慮

本研究は、第2期青森県立保健大学プロジェクト型研究の助成を受けて実施した。利益相反はない。調査は対象者に研究目的と任意参加であることを説明し、同意を得て実施した（承認番号：23076、24067）。

発表等

(1) 雑誌論文 なし

(2) 学会発表

1. 蓬畑恵久美, 笠原美香, 大西基喜, 千葉敦子, 反町吉秀. 職業と健康意識・健康行動の関連について. 2024年度青森県保健医療福祉研究発表会, 青森市, 2024.

2. 笠原美香, 大西基喜, 千葉敦子, 反町吉秀, 蓬畑恵久美. 青森県の農漁業従事者の実用

性の高い健康支援ツールの開発—既存インタビュー調査の知見を用いたユーザー中心設計の途中経過報告—。2025年度青森県保健医療福祉研究発表会・日本ヒューマンケア科学学会第18回学術集会合同集会，青森市，2025年12月20日。

文献

- 1) 青森県「農林水産力」強化パッケージ。
<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/nourin/nosui/nourinsuisanryoku-kyoka.html> (2026年4月19日アクセス可能)
- 2) 佐藤隆. 農業者の生活と健康. 農業経済研究. 2013 ; 85(2) : 102-110.
- 3) 厚生労働省. 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況.
- 4) 田中宏和, 豊川智之, 小林廉毅. 壮年・中年期男性における産業別死亡率の経年変化(1980～2010年): 人口動態職業・産業別統計による反復横断研究. 厚生の指標. 2016 ; 63(11) : 10-16.
- 5) 笠原美香, 大西基喜, 吉池信男, 反町吉秀. 青森県の農漁業従事者における健康行動の阻害・促進要因—職業文化と地域文化に着目した質的記述的研究. 日本健康教育学会. 2026; 34(2).
- 6) Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-267.
- 7) Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
- 8) 山崎浩司, 横山葉子, 石倉綾子, 他. 青森県民のがん検診に関する認識と経験—胃がん・大腸がん・肺がんの検診を中心に. 保健師ジャーナル. 2010 ; 66 : 358-365.
- 9) World Health Organization. mHealth: New horizons for health through mobile technologies. Geneva: World Health Organization; 2011.
- 10) ISO 9241-210. Ergonomics of human-system interaction—Part 210: Human-centred design for interactive systems.

〔課題2〕青森県内の小規模事業場で健康経営を進める上での課題と実装の方策

千葉敦子、大賀佳子、大西基喜

要旨

青森県における小規模事業所の健康増進対策について検討するため、経営者を対象にアンケート調査を実施した。小規模事業所の健康増進対策は体制および実践活動ともに実施率が十分とは言えず、特に10人以下の事業所では対策が進んでいない現状が明らかとなった。また、経営者の健康意識と健康経営取得状況には関連が認められた。よって、経営者の健康意識を高めることが健康増進対策の推進につながる可能性が示唆された。そこで、実践の方策として経営者のヘルスリテラシーの向上を図るために、短時間で簡単に視聴できる研修動画を開発した。

1. 緒言

わが国では高齢化が進行し平均寿命が延伸する一方で、壮年期の生活習慣病の増加や精神障害の労災認定件数の増加が課題となっている。健康日本21（第三次）では、誰一人取り残さない健康づくりの実現に向けて、「健康経営の推進」が新たな目標に設定された。健康経営とは、「従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践すること¹⁾と定義され、健康経営に関する全国的な顕彰制度として、健康経営銘柄の選定と、健康経営優良法人認定制度が創設されている。健康経営の認定率は年々増加しており、2025年の中小規模法人部門では19,796法人が認定された²⁾。しかしながら、大企業と比較して人的資源および経営資源に制約のある従業員50人未満の小規模事業場では、健康経営認定の取得率は依然として低い水準にとどまっている。さらに、メンタルヘルス対策や新型コロナウイルス感染症対策を含む健康増進対策についても、十分に実施されていない実態が報告されている³⁾。

健康経営の推進においては、企業トップが従業員の健康を経営基盤の重要な要素として位置づけ、積極的に投資するという基本方針を有することの重要性が指摘されている⁴⁾。また、経営者の理解や態度が従業員の健康関連サービスの利用に影響を及ぼすことも報告されている⁵⁾。このことから、企業における健康づくりの推進には経営トップの関与が不可欠であると考えられる。特に小規模事業場では、経営者の意向が組織運営に直接反映されやすいことから、その影響はより大きいと推察される。したがって経営者の健康に対する意識や関心の程度を把握し、その度合いに応じた介入や支援を行うことは、健康経営および健康増進活動の推進において重要であり、働き盛り世代である壮年期の健康増進に寄与できると考えられる。しかし、経営者の健康意識と健康経営認定の取得状況や健康増進活動との関

連を直接的に検討した研究は探しえなかった。そこで本研究では、小規模事業場の経営者を対象に健康意識の実態を調査し、健康経営認定の取得状況および健康増進対策との関連を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象者および調査方法

本研究は横断研究デザインで、2025年4月にアイブリッジ株式会社が運営するFreeasyの登録モニターを対象に、無記名のweb調査を実施した。対象は全国の20歳以上の経営者で、登録モニター1,000人から回答を得た。このうち50人以下の小規模事業場の経営者716人を分析対象とした。

2. 調査内容

調査項目は、1)健康経営認定状況、2)健康増進に関する組織体制、3)具体的な活動内容、4)経営者の健康意識、5)基本属性である。

1)健康経営認定状況

経済産業省、県、市町村、協会けんぽを含むいずれかの認証制度の認定を受けているかどうかを、「健康経営企業に認定されている」「健康経営に申請する予定がある」「健康経営に関心はあるが、申請の予定はない」「健康経営に関心がない」「健康経営のことはよくわからない」の5択で尋ねた。

2)健康増進に関する組織体制

健康対策取組の組織体制について、以下の8項目を「はい」「いいえ」の2択で尋ねた。「経営戦略として従業員の健康維持・増進活動を行うことを明確に示している」「社内文章等に従業員の健康保持・増進の理念・方針を明文化している」「経営者として従業員の健康増進・維持を実施することを内外に宣言している」「健康保持・増進の担当者を設置している」「従業員の健康増進・維持のために、専門職（産業医、保健師、看護師、栄養士、等）を活用している」「従業員に対して、健康保持・増進に関する知識を高めるための教育や研修を実施している」「従業員の健康増進・維持のために、健康保険組合等の医療保険者と連携している」「従業員の健康増進・維持のために、外部の資源（行政、産保センター、商工会、等）を活用している」

3)具体的な活動内容

社員に対しての健康づくりに関する具体的な取り組みに関して、「定期健康診断を実施している」「がん検診を実施している」「健診後の事後指導を実施している」「受動喫煙対策を実施している」「長時間労働抑制対策を実施している」「有給休暇取得を奨励している」「病気等による休職からの復職を支援している」「生活習慣病予防のための食生活支援を実施している」「生活習慣病予防のための運動支援を実施している」「メンタルヘルス対策を実施し

ている」の10項目を「はい」「いいえ」の2択で尋ねた。

4) 経営者の健康意識

経営者の健康意識は小澤ら⁶⁾の3因子12項目からなる「健康関心尺度」を、使用許可を得たうえで用いた。この健康関心尺度は健康無関心層の把握と効果的な教育介入を目的として開発された尺度であり、信頼性・妥当性が確認されている。「健康への意識」「健康への意欲」「健康への価値観」の3因子で構成されており、下位12項目「私は健康への意識が高いほうだ」「自分の健康に関する情報に興味がある」「健康状態の変化に気を付けている」「周りの人より私は健康を意識している」「健康のためにはある程度時間を割くべきだ」「健康のためにはある程度お金をかけてもよい」「健康を第一に考えて暮らしたい」「健康でいるためなら何でもする」「健康よりも遊びや趣味が大切だ」「健康よりも仕事や収入が大切だ」「病気を予防するより、病気になったら治療すればよい」「病気になったときだけ自分の健康が心配だ」について、「とてもそう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」の4択で尋ねた。

5) 基本属性

経営者としての経験年数(1年目, 2~9年目, 10年以上), 従業員数(1~10人, 11~50人), 所在地(都道府県名), 世帯年収(400万円未満, 400~800万円未満, 800万円以上), 婚姻状況(既婚, 未婚), 子ども有無(なし, あり), 自身の健康状態(非常に健康である, まあまあ健康な方だ, あまり健康ではない, 健康ではない)について該当するものを尋ねた。

3. 倫理的配慮

本研究は、青森県立保健大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号24066)。個人情報に関しては、アイブリッジ株式会社と登録モニターとの間で契約されており、回答者のプライバシーは保護された。

4. 解析方法

χ^2 乗検定, t検定, 一元配置分散分析等を用いて検討した。健康関心尺度は「とてもそう思う」から「全くそう思わない」の順に4点から1点とし、逆転項目4項目については反対に1点から4点とし、点数が高いほど健康意識が高いことを示した。健康関心度尺度得点と個人の属性との関連を検討するため、性別, 年代, 婚姻状況, 子ども有無, 健康経営認定状況はt検定および一元配置分散分析を行い、世帯年収, 主観的健康状態は、性別と年代を共変量とした共分散分析を行った。

これらの分析にはIBMSPSS statistics26を使用し、統計学的有意水準は5%とした。

III 結果

表1に回答者の基本属性を示した。男性が9割を占め、50代以降が半数以上であった。従業員数1～10人の少人数企業が67.9%であった。世帯年収は800万円以上が最も多く、半数を超えていた。

表2に従業員数別の健康経営認定状況を示した。健康経営企業に認定されているのは全体で46社6.4%であった。従業員数別では、11～50人が10.4%と、1～10人の4.5%に比べてやや多かった。「健康経営に関心がない」、「健康経営のことはよくわからない」、をあわせると全体で5割程度であり、従業員数が少ない企業の方がその割合が高かった。

表3に健康増進活動の現状を示した。組織体制では実施ありが最も高かったのは、「経営戦略として従業員の健康維持・増進活動を行うことを明確に示している」であり、全体で40.8%、従業員数1～10人で35.8%、11～50人で64.2%であった。次いで「従業員の健康増進・維持のために、健康保険組合等の医療保険者と連携している」が全体で37.4%、従業員数1～10人で30.9%、11～50人で51.8%であり、「経営者として従業員の健康増進・維持を実施することを内外に宣言している」が全体で33.5%、従業員数1～10人で27.0%、11～50人で47.4%であった。最も実施率が低かったのは「従業員の健康増進・維持のために、専門職（産業医、保健師、看護師、栄養士、等）を活用している」であり、全体で17.5%、従業員数1～10人で12.8%、11～50人で27.4%であった。これらの実施状況を従業員数別で χ^2 乗検定で比較したところ、いずれの項目も従業員数1～10人の方が11～50人よりも実施率が有意に低かった。

具体的な健康増進活動では「定期健康診断を実施している」が全体で80.4%（1～10人74.3%、11～50人93.5%）にのぼり最も高かったが、「健診後の事後指導を実施している」は同38.5%（1～10人29.4%、11～50人57.8%）にとどまった。メンタルヘルス対策の実施率は同27.0%（1～10人21.4%、11～50人38.7%）であり、生活習慣病対策も3割未満と低かった。具体的な活動内容を従業員数別で χ^2 乗検定で比較したところ、いずれの項目も従業員数1～10人の方が11～50人よりも実施率が有意に低かった。

表4に経営者の健康意識と属性等との関連を示した。本対象者の健康意識得点は尺度全体で男性が 33.8 ± 5.3 点、女性が 34.5 ± 4.74 点であり、尺度開発元の先行研究における男性 33.7 ± 5.3 点、女性が 34.8 ± 5.3 点とほぼ同等であった。また下位尺度の、意識が高い、興味があるといった「健康への意識」、健康のために時間やお金をかけてよいといった「健康への意欲」、健康が大切だといった「健康への価値観」においても同様の傾向であった。健康経営の実施状況では、「健康経営企業に認定されている」群が尺度全体では35.6点であり、下位尺度の「健康への意識」が12.8点、「健康への意欲」が12.8点、「健康への価値観」が10.0点であった。健康経営の認定状況との関連では尺度全体、下位尺度全てで有意な差がみられ（ $P < 0.001, P < 0.001, P < 0.001, P = 0.001$ ）、「健康経営企業に認定されている」、「健康経営に申請する予定がある」群で得点が高く、「健康経営に関心がない」群で得点が低い傾向にあった。性別と健康意識尺度得点の関連では有意な差は認められなかった。年代では

尺度全体、下位尺度全てで有意な差がみられた ($P<0.001, P<0.001, P=0.002, P<0.001$)。世帯年収においても、尺度全体、下位尺度全てで有意な差が認められ ($P=0.001, P=0.037, P=0.007, P=0.037$)、年収が高くなるほど健康意識が高い傾向にあった。また、婚姻状況、子ども有無においても尺度全体、下位尺度全てで有意な差がみられ、既婚、子ども有りが、尺度得点が高かった。従業員数では有意な差はみられなかった。主観的健康状態と健康関心尺度得点は尺度全体、下位尺度全てで有意な関連が認められ、健康状態を良好と感じている人で健康意識が高い傾向にあった。

IV 考察

本研究では、小規模事業場における健康経営および健康増進活動の実施状況と、経営者の健康意識との関連について明らかにした。その結果、経営者の健康意識が健康経営認定の取得に関連している可能性が示唆された。また、企業規模と健康増進活動には関連性が認められた。

1. 本対象者の特性

本対象者はモニター1,000人中716人が50人以下の経営者であり、その割合は71.6%であった。経済センサス⁷⁾によると、2024年の事業所総数(4,023,941)に占める従業員数50人未満の事業所(3,822,823)の割合は95.0%であることから、日本全体の小規模事業場の割合とはやや異なっていた。本対象者はWeb調査のモニターであるため、母集団とは多少の差異がある可能性があり結果の解釈には注意が必要である。しかし、Web調査においてもクロス集計等の関連については正しい方向を示すという報告やWeb調査と郵送調査で回答に違いがなかった等の有用性の報告が複数あり^{8~10)}、本調査においても小規模事業場の実態把握と経営者の健康意識との関連について、一定の傾向をとらえることができるといえる。

2. 経営者の健康意識と健康経営認定の関連

本研究において、小規模事業場の経営者では、「健康経営企業に認定されている」群および「健康経営に申請予定がある」群で健康意識得点が高く、「健康経営に関心がない」群では得点が低い傾向がみられた。この結果は、健康経営の認定状況と経営者の健康意識との関連を示すものであり、健康経営や従業員への健康支援である健康増進活動を推進するためには、経営者の健康感・価値観にアプローチすることが必要であることが示唆された。また、健康意識が高い属性として、年齢が高いこと、世帯年収が高いこと、既婚であること、子供がいること、主観的健康状態が良好であることがあげられた。年代によって健康関心度が異なるのは妥当な結果であり¹¹⁾、世帯年収の高さは経済的な余裕が健康への関心に関連している可能性がある。さらに、婚姻状況と子供の存在は健康関連行動や意識と関連するという

結果が複数の先行研究で報告されており、本研究の結果と一致するものであった^{12~14}。このことから、結婚や出産といったライフイベント時には健康への関心が増加する可能性があり、このタイミングを逸することなく地域や産業保健分野の専門職が、それぞれの役割を発揮しあるいは連携しながら健康意識の向上に向けたアプローチをすることが重要であることが考えられた。特に、小規模事業場においては経営者の意識が組織や従業員に直接反映されやすいことから、経営者の健康の興味・関心を高めることで従業員の健康増進につながり、多くの働き盛り世代の健康増進をもたらすことに寄与できる可能性が示唆された。

3. 小規模事業場の健康増進対策の実態

本調査では 50 人以下の小規模事業場における健康経営認定企業の割合は 6.4%であり、特に従業員数 10 人以下では 4.5%と、企業規模が小さいほど認定割合が低い傾向がみられた。2024 年経済産業省の健康経営優良法人によれば、都道府県別の中小企業に占める認定割合は 0.2%~1.0%であったことが報告されている¹⁵。この報告は 300 人以下の事業場が対象であること、本研究では多機関の認証制度をも対象にしていることから、単純には比較検証はできないものの、いずれも認定率は 1 割には満たず、小規模事業場の健康経営の取り組みには課題があることが示された。

小規模事業場の健康増進対策を従業員別で比較検討したところ、組織体制および具体的な健康増進活動のいずれの項目においても、従業員数 1~10 人の事業場は、11~50 人の事業場と比較して実施率が有意に低く、従業員規模が小さいほど健康増進活動の実践がより困難である可能性が示された。特に法令で実施が義務付けられている定期健康診断は比較的高い実施率を示した一方で、健診の事後指導の実施率は従業員数 1~10 人の事業場では 3 割未満に留まっていた。さらに、専門職の活用率は 1 割程度、メンタルヘルス及び生活習慣病対策の実施率は 2 割程度と低く、従業員規模が小さいほど健康課題への専門的介入がほとんど行われていない実態が明らかとなった。健診後の特定保健指導は疾病の発症予防や生活習慣の改善に有効¹⁶であり、専門職による生活習慣病予防対策やメンタルヘルス対策は介入効果が高いことが報告されている^{17~19}。本邦における全企業数の約 9 割と多数を占める小規模事業場で働く労働者に対する健康支援の不足は将来的な健康リスクの増大や労働生産性の低下につながる可能性があり、公衆衛生上の重要な課題であると考えられる。2025 年に労働安全衛生法が改正され、従業員 50 人未満の小規模事業場でもストレスチェックが義務化された。小規模事業場では、時間・人材・資金などの資源不足が健康増進活動の主要な障壁となることが指摘されている。今後は、産業保健師等の外部専門職の活用促進や行政・産保センターなどの外部資源との協働など、小規模事業場の実態に即した支援策が求められる。

文献

- 1) 健康経営優良法人認定事務局,健康経営ガイドブック(PDF). 経済産業省, 2025.
- 2) 経済産業省 HP 健康経営優良法人 2025
<https://www.meti.go.jp/press/2024/03/20250310005/20250310005.html>.
- 3) 今井鉄平, 森口次郎, 安部仁美, 他. 中小企業における新型コロナウイルス対策への取り組みと望まれる支援—企業経営者・担当者へのインタビュー調査結果から—, 日本産業衛生学雑誌 2022 ; 64 : 137-145.
- 4) 森晃爾. 健康経営の展開と課題. 総合健診 2018 ; 45 : 331-335.
- 5) 山内崇, 島崎隆, 須賀真知. 中小企業従業員における治療と仕事内容の両立支援意向の促進: 協調的な就業風土に着目して. 産業衛生学雑誌 2024 ; 66 : 281-291.
- 6) 小澤千枝, 石川ひろの, 加藤 美生, 他. 「健康無関心層」の把握に向けた健康関心度尺度の開発. 日本健康教育学会誌 2021;29 巻 : 266-277.
- 7) 令和6年経済センサス-基礎調査(民営事業所) 確報集計結果, 総務省, 令和7年12月24日。
- 8) 瀬川知波, 社会と調査 NO.27 (2021年9月) 日経郵送世論調査とWEBモニター調査の傾向比較
- 9) 埴淵知哉, 村中 亮夫, 安藤 雅登. インターネット調査によるデータ収集の課題—不良回答, 回答時間, および地理的特性に注目した分析—. E-journal GEO 2015 ; 10 巻 : 81-98.
- 10) 本田裕子. 郵送およびweb アンケート調査による住民意識の比較検討. 環境情報科学 2022 ; 51 : 76-84.
- 11) 赤堀八重子, 坪井りえ, 齋藤基. 地域住民の健康観と生活習慣との関連. 日本地域看護学会誌 2019 ; 22 : 26-34.
- 12) 中西泰子. 雇用・結婚・健康の関連メカニズム 若年非正規雇用の精神的健康. 相模女子大学紀要 2020 ; 83 : 1-11.
- 13) Nakamoto Mariko, Tanaka Yukiko, Ono Satomi, et al. Associations of marital and parental status and family members living together with health-related behaviors in Japanese young workers: a cross-sectional study. The Journal of Medical Investigation 2019 ; 66 : 141-147.

- 14) 冬賀史織, 新保みさ, 赤松利恵. 生活習慣病罹患と関連する主観的体重増加量と属性・体重管理行動. 日本健康教育学会誌 2016 ; 24 : 91-99.
- 15) 2024 年 3 月 28 日付 日本経済新聞朝刊 健康経営広告特集および経済産業省健康経営優良法 2024(中小規模法人部門)
- 16) Tsushita K, Hosler A, Miura K, et al. Rationale and Descriptive Analysis of Specific Health Guidance : the Nationwide Lifestyle Intervention Program Targeting Metabolic Syndrome in Japan. *Observational Study J Atheroscler Thromb* 2018 ; 25 : 308-322.
- 17) 入道優子, 白石紀江, 中田麻理菜, 他. 特定保健指導における保健師間の指導効果差の検証. 総合健診 2018 ; 45 : 723-728.
- 18) 池野多美子. 職域カウンセリングの果たす役割 : 一次予防としてのカウンセリング効果. 日本ストレス学会誌 2013 ; 28 : 17-22.
- 19) Matsuo Rina, Imamura Tomohiro, Takamori ayako, et al. Improvement trend for individual health guidance intervention according to Japan clinical guidelines by public health nurses for type 2 diabetes mellitus who visited for medical checkups regularly: a case-control preliminary report. *Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition* 2024 ; 74 : 141-145.

動画の作成について

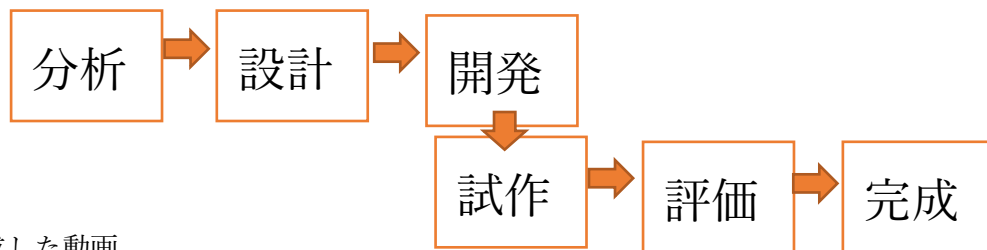
1. 動画作成の意図

小規模事業場の経営者を対象とした調査を行ったところ、健康経営認定群および申請予定群では健康意識得点が有意に高いことがわかった。よって、経営者の健康意識が健康増進対策に関連する可能性が示され、経営者への健康教育および専門職との連携強化が必要であることが示唆された。

そこで、経営者に加え社員のヘルスリテラシーの向上を図る目的で、短時間で簡単に視聴できる研修動画を開発した。

2. 動画開発のプロセス

調査結果から、経営者や労働者に提供が必要な知識を分析し抽出した。その後、どのような内容が良いか、何分ぐらいの動画が最適か、コンテンツの設計をした。何回かの修正を経て開発した動画を試作として経営者数人に視聴していただき、評価を元に修正を加え、完成させた。



3. 作成した動画

- ①健診を受けよう
- ②健診を受けたその後に
- ③がん検診のすすめ
- ④心の健康づくり
- ⑤生活習慣編 1. 栄養・食生活
- ⑥生活習慣編 2. 飲酒
- ⑦生活習慣編 3. 喫煙
- ⑧生活習慣編 4. 身体活動
- ⑨生活習慣編 5. 休養（睡眠）
- ⑩生活習慣編 6. こころの健康づくり
- ⑪生活習慣編 7. 子どもの健康

4. 今後の展開方法

動画の URL を大学の教員紹介 HP に掲載した。

〔追加補題〕保健協力員等に対する実態調査について

千葉敦子，蓬畑恵久美，大西基喜（青森県立保健大学）

長内奈津美，奥村智子，山口久美子，大水美保（青森県国民健康保険団体連合会）

要旨

保健協力員は健康づくりの地区組織のひとつであり、健康なまちづくりのリーダーとして地域で様々な活動を展開している。しかし、近年の地域コミュニティ希薄化の進展は、保健協力員の成り手不足をもたらし、保健協力員数は年々減少してきている。そこで、保健協力員の活動実態を明らかにし、効果的なヘルスコミュニケーションの実装化に向けた検討を行うために、保健協力員と行政職員を対象としたアンケート調査を行った。保健協力員活動の活発さは行政の支援状況と関連が認められたことから、①役割の可視化、②活動に直接活用できるツール提供、③住民との関係構築を支える支援、④柔軟な参加形態の整備、⑤活動実践を意図した研修会の設計が、保健協力員活動の活性化に重要であることが示された。

実装として、「保健協力員役員会での調査結果報告と活性化に向けた意見交換会」と「行政職員を対象とした保健協力員の実態調査結果報告・検討会」を開催した。

添付資料 別紙1 保健協力員アンケート 調査結果報告書

添付資料 別紙2 保健協力員の行政担当者アンケート 調査結果報告書

調査結果を基に次の実装を行った。

実装1 保健協力員役員会での調査結果報告と活性化に向けた意見交換会

日時：2025年11月28日（金）

対象：保健協力員の役員（各市町村からの代表）

内容：保健協力員対象の調査結果を報告し、活性化に向けた意見交換会を行った。

主な意見：多くの市町村で協力員の成り手不足が深刻化している。

対面活動の負担が大きく、推薦や参加が難しい状況がある。

活動内容を柔軟化し、多様な関わり方を認めることが必要。

本調査は各協力員会の課題認識に合致し、参考になったとの評価が得られた。

住民の健康への関心を高めるには、協力員が地域との交流を積み重ねることが重要とされた。

実装2 保健協力員等に対する実態調査結果報告・検討会

日時：2026年3月2日（月）

対象：各自治体の保健協力員担当行政職員（保健師等）

内容：調査結果報告後、先駆的な活動の事例発表を行い、保健協力員のありかたについてグループワークを行った

主な意見：市町村開催の研修に協力員だけでなく、協力員の家族や希望者も参加を促す
協力員のいない地区はある地区からカバーすると良い

PHN・保健協力員ともに、目指すことを明確にする必要がある

保健協力員が主体的に活動できるよう仕向けていく中で、PHNのやる気も出てくるのではないか → 地区活動が活発になると考えられる

行政側からの周知により認識度UP、住民理解により活動をしやすい環境づくりに、住民と委員がお互いに理解して活動で嫌な思いをしないようにしていくことが必要

保健協力員の役割が不明瞭 → 活動目標やスローガンを明記する



〔課題3〕 親子の間食に関するヘルスコミュニケーション

古川 照美、大野 智子、盛 美咲、岩渕 瑞稀

要旨

幼児を持つ保護者のヘルスリテラシーを高める効果的なヘルスコミュニケーションの社会実装化を目指した間食アプリ開発を行い、その妥当性を評価した。青森県内 8 市町村の保健師、管理栄養士を対象としたフォーカス・グループ・インタビューの結果、アプリの妥当性を検討する上で主に 6 項目の見解が示された。ユーザーインターフェース、コンテンツの改善だけでなく、兄弟・兄妹との家族におけるヘルスコミュニケーションや、学習性の強化を求めるカテゴリが抽出された。インタビュー調査分析結果をもとにブラッシュアップしたアプリを用い、保護者のヘルスリテラシーに関する調査を継続していく。

1. 緒言

青森県内の子どもたちは全国平均と比べ、肥満傾向の割合が依然として高い状況が続いており、成人期の肥満、ひいては生活習慣病につながる健康課題が懸念される。

我々が 2021 年～2022 年にかけて、青森県内における 3 歳児健診対象児の親に対して行った子どもの生活習慣、食物摂取状況および親のリテラシーに関する調査では、甘い飲み物やお菓子を 1 日に 1～2 回摂取している者が過半数を占めている状況であった。また、間食の時間や量に気をつけている親はそうでない親より、健康情報リテラシー（Health information literacy；HIL）やヘルスリテラシー（Communicative and Critical Health Literacy；CCHL）が高い傾向を示し、間食の与え方や食事配慮状況と親の HIL、CCHL の関連が示唆された。

さらに、青森県内の A 町保健師、管理栄養士を対象とし、3 歳児健診や家庭訪問時における保健指導・栄養指導の場面で感じた、保護者の子どもへの間食の与え方、食事配慮状況から、親子に対しての効果的なヘルスコミュニケーション（Health Communication；HC）のあり方について、フォーカス・グループ・ディスカッション（Focus Group Discussion；FGD）を実施し、子どものおやつや甘味飲料の習慣化の予防に向けた、HC としての情報提供項目を整理した。

以上の知見をもとに（図 1）、幼児を持つ保護者の HIL、CCHL を高める効果的な HC の社会実装化を目指したアプリ開発を行い、その妥当性を評価し、これらを使用した介入効果の検証を進めている。

本研究では、おやつアプリを開発し、その妥当性の検討と、親子でアプリを使用することにより、保護者のヘルスリテラシー向上に寄与できるかを明らかにすることを目的とした。

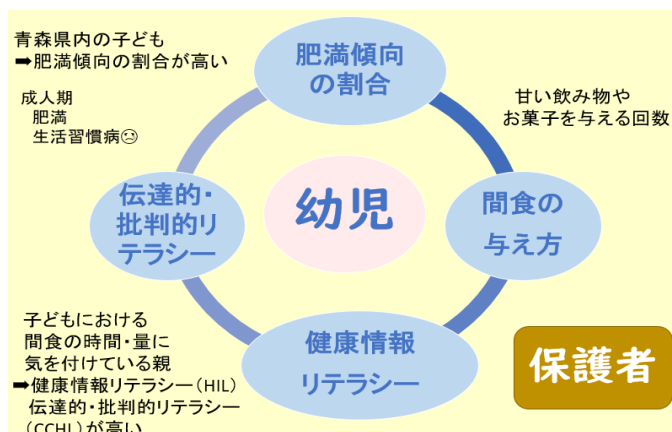


図 1.3 3 歳児を持つ保護者の食行動とリテラシー

2. 研究方法

1) 研究デザイン

グループ・フォーカス・インタビュー調査 (FGI ; Focus Group Interview)

2) 研究期間

2023 年 6 月～2026 年 3 月

3) アプリ開発

(1) 開発準備

これまでの研究結果をもとに、アプリの構成について検討し、1 歳 6 か月健診で紹介し、3 歳児健診で使用後の効果を検証できるよう、2 歳児の保護者と 2 歳児でも操作ができ、興味を持ってもらえることを目指した。アプリ構成としては、①説明文、②エネルギー必要量の自動計算、③間食として望ましいエネルギー量、④間食の組み合わせ、⑤その結果としてのエネルギー、栄養素の表示、⑥付録として、望ましい間食の組み合わせ例などを示しながら、栄養素の説明することとした。

①説明文の内容には、青森県の子どもの栄養と健康の実態、幼児期の食生活について、間食の意義についてなどに触れ、間食内容の重要性について意識づけができるようにした。

②エネルギー必要量の自動計算では、性、年齢、体重、身体活動レベルなどを入力することにより、自動計算でエネルギー必要量が算出、表示されるようにした。

③間食として望ましいエネルギー量は、エネルギー必要量の10～20%で設定した。

④間食の組み合わせは、食品、飲み物などをイラストで示し、選択してもらうようにした。おやつの種類は、子どもが好んで食べる25種類を用意した。

⑤選んだおやつエネルギー、たんぱく質、脂質、炭水化物、カルシウム、鉄、ビタミンC、食塩相当量などが带状に表示されるようにした。

(2) アプリ構成をもとにアプリを開発

ノーコード・プログラミング Vercel v0 を用いて、テキストプロンプトの入力を行い、ユーザーインターフェース (User Interface, UI) を生成し、スマートフォン・パソコンで操作可能な親子向けの間食アプリを開発した。構成としては、最終的に表1に示す通りとなった。開発準備の内容に、親子で楽しめる間食クイズ、食生活に関するコラムを追加した。

表 1. アプリの構成

| 構成 | 内容 |
|---|---|
| TOP | アイコンによる選択画面 |
| ①性別・年齢・身長・体重の入力による標準体重・肥満度推定エネルギー必要量、間食目安量の算出 | ・日本人の食事摂取基準2025年版(厚生労働省)、学校保健統計調査(文部科学省)に基づき算出 |
| ②選択した間食のエネルギー量と1日あたりの目標量に対する栄養素量の評価 | ・選択する間食の一つとして、青森県の子どもの実態に応じた甘味飲料を含めた |
| ③親子で楽しめる間食クイズ | ・保護者向け 12問 ・子ども向け 15問 |
| ④幼児期の食生活に関するコラム | ・幼児期の食生活の重要性 ・間食の意義と適切な与え方 ・青森県の子どもの栄養と健康 ・子どもの成長に必要な栄養素 |

4) アプリの妥当性の調査内容

調査方法：青森県内40市町村の母子保健担当課宛てに、依頼文書と研究内容の詳しい説明文、アプリの見本をメールで送信した上で、依頼文書とインタビューガイド、同意

書、同意撤回書を封書でも発送する。回答は FAX か E-mail で返信していただく。その際、インタビュー調査に協力していただけるか回答してもらう。

インタビュー調査に協力いただける市町村に電話連絡をし、日程を調整し、インタビュー調査を実施する。インタビューは、本学の会議室か当該市町村の施設の一室を借用するか、オンラインにて行う。インタビュー当日は、インタビュー調査への依頼文書と説明文をもとに、口頭で調査の説明をし、同意を得る。また同意撤回書についても説明する。

インタビューがオンラインの場合は、web 上かメールにパスワードをかけて、同意書等を添付していただくようにする。インタビューガイドを用いてインタビューを実施する。インタビュー内容をテキストにし、アプリに対しての評価を中心に分析を行う。

インタビュー内容：おやつアプリをひらいていただき、①コンテンツの内容について、②コメントの内容について、③使い勝手について、④今後のアプリの利用について、⑤アプリを活用した保健活動について、尋ねた。下図は、アプリのトップページである。



図 2. アプリ TOP 画面

5) 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を得て実施した（承認番号：25094）。

3. 結果

開発したアプリは、対象者の基本情報入力後、子どもの成長段階に応じた推定エネルギー必要量 (kcal/day)、間食の目安量を算出、選択した間食の評価ができる構成とした。スマートフォンやパソコン等、いずれのデバイスでも簡易な操作で適切な間食の質・量を把握することが可能であり、イラスト・効果音を使用し、対象者が楽しみながら用いることができる内容とした。また、青森県の子どもにおける栄養と健康の実態、乳幼児期の食生活、間食の意義・量・内容・与え方、栄養素の説明等を付録とし、望ましい間食について理解を促す構成とした。

FGI 調査は 8 回、17 人に対して実施された。アプリの妥当性を検討する上で主に 6 項目の見解が示された (図 3)。幼児だけではなく家庭内の子どもも含めた親子における栄養知識の習得ならびに望ましい食行動への実現に向けた、より学習性を強化した内容を求める声が寄せられた。

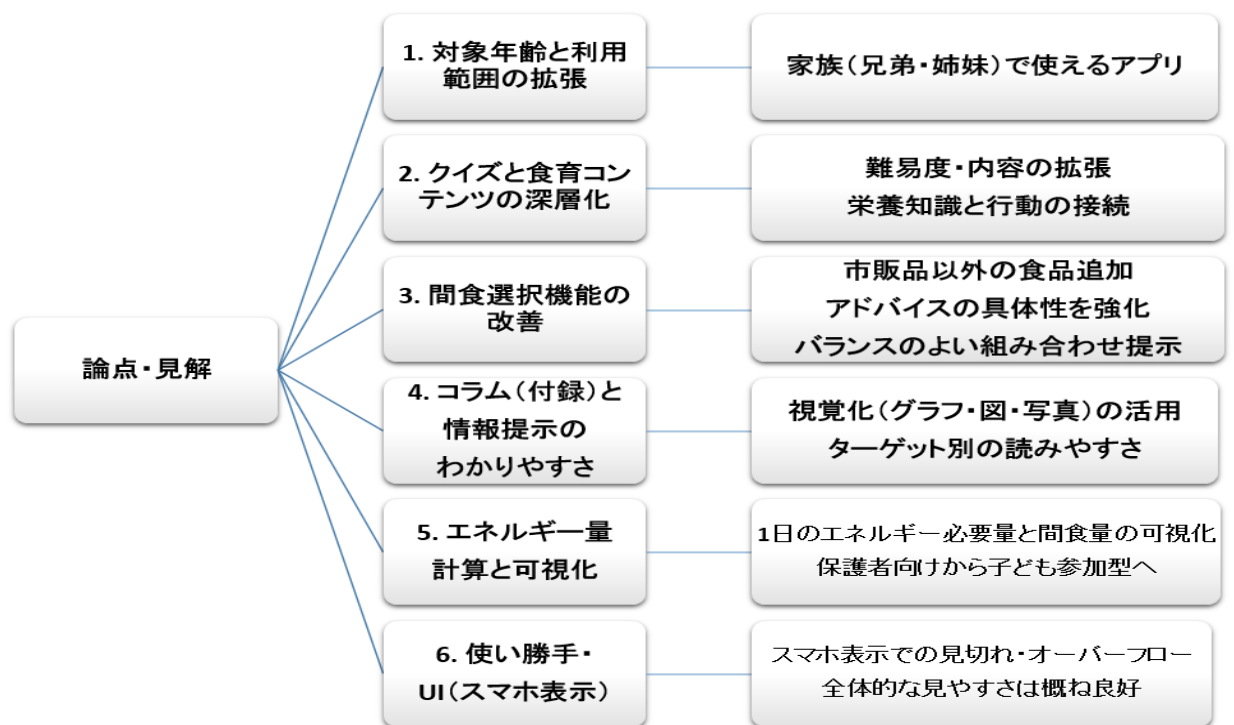


図 3. アプリの妥当性を検討する上で必要な論点・見解

4. 考察

アプリを活用した保健活動については健診時における間食の摂り方を伝えるツールとしての可能性が示唆された。FGI の分析結果をもとにさらにアプリを改良し、保護者に使用していただき、その効果を検証していく。

〔課題4-1〕青森県の医療に関する効果的ヘルスコミュニケーション手法に関する研究

—薬剤処方に焦点を当てた課題把握とツール開発に向けて—

長内志津子, 大西基喜, 中崎真也, 手塚祐美子, 伊藤瑠美, 花田和大

要旨

青森県は全国有数の短命県であり、慢性疾患患者の治療継続が重要な課題となっている。本研究は、薬物治療場面における患者・医師・薬剤師のヘルスコミュニケーション実態を把握し、共同意思決定（Shared Decision Making：SDM）を促進するツールを開発することを目的とした。研究Aとして、患者97名（青森県在住）・医師49名・薬剤師49名（いずれも全国）を対象にWebアンケートによる横断的調査を実施した。患者の薬物治療満足度を従属変数とした段階的順序ロジスティック回帰分析（比例オッズモデル）では、「疑問を遠慮なく聞けること」が有意な独立関連因子であった（OR=2.146, 95%CI [1.375–3.349], $p<.001$ ）。SDMの程度を評価するSDM-Q-9スコアは患者と医師の間に有意な認識差が認められた。患者中心性尺度（PPOS）は、合計平均得点およびケア尺度において患者と医師の間に有意差が認められた。なお医師・薬剤師は全国対象であり、患者（青森県）との地域的背景が異なるため、三者比較は参考として解釈する。研究Bとして、SDMプロセスに基づき診察前・中・後をつなぐコミュニケーションツールとしてアプリケーション（以下、アプリ）のプロトタイプを生成AI「v0」を活用して開発した。 β 版を用いた $n=6$ によるパイロットテスト（2週間）でSystem Usability Scale（SUS）62.9点を得た後、機能改善を経て2026年3月に実装版を完成させた。本研究の成果は、青森県における薬剤処方場面のコミュニケーション課題を定量的に示すとともに、SDM促進ツールとしての実用可能性を示した。今後は効果検証と普及可能性の検討が必要となる。

2. はじめに

我が国における医療提供の中で、外来医療は重要な位置を占めている。2023年の外来患者数は727.5万人にのぼり、入院患者数117.5万人の約6倍と報告されている（厚生労働省, 2024）。多くの患者が外来において継続的な医療を受けている。外来患者の8割以上は35歳以上であり、壮年期から老年期の慢性疾患患者が中心的な治療の対象となっている。青森県においては、糖尿病死亡率が全国1位と報告されているほか、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患といった主要死因の死亡率も高いという地域的課題が存在する（青森県, 2023）。これらの背景には、高血圧や糖尿病などの慢性疾患管理の不十分さに加え、受診の遅れ、専

門医不足、経済的問題などに起因する医療継続の困難さが指摘されている。

慢性疾患の外来治療においては、患者の生活背景や価値観を踏まえた意思決定が求められる。Shared Decision Making (SDM) は、医療者と患者が協働し、患者の価値観や目標に沿った意思決定を行うコミュニケーションプロセスであり (National Quality Forum, 2020)、患者の治療満足度やアドヒアランスの向上に資することが報告されている (Olomu A, et al., 2022)。SDM のプロセスモデルとして、Elwyn らの 3 トーク・モデルが提唱されており (Elwyn, 2017)、SDM の程度を評価する尺度として Krupat らの Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) (2000) や Kriston らの SDM-Q-9(2010)が開発されている。国内における慢性疾患の薬物治療と SDM に関する研究は、精神疾患やがん・難病領域を中心に報告されているが (島田, 2015; 宇野ら, 2024; 布谷ら, 2021)、高血圧・糖尿病・脂質異常症といった患者数の多い慢性疾患への応用は発展途上にある。また、外来薬物治療における患者と医療者双方の意思決定コミュニケーション構造を詳細に分析した研究や、患者側からの意思決定を支援するツールの開発に関する研究は極めて限られている。

本研究は、青森県立保健大学プロジェクト型研究 (令和 5~7 年度) の一課題として、以下の 2 つの研究を行った。研究 A では、薬剤処方場面における患者・医師・薬剤師のヘルスコミュニケーション実態を横断的調査により把握し、患者の薬物治療満足度に関連する要因を明らかにすることを目的とした。研究 B では、研究 A の知見に基づき、SDM を促進するツールとしてアプリケーション (以下、アプリ) のプロトタイプ開発とプレテストを行い、実装版を完成させることを目的とした。

本研究における「共同意思決定 (Shared Decision Making : SDM)」とは、患者が薬に関する疑問・不安・生活背景・価値観を整理・表出し、それらを医療者が理解・尊重したうえで、科学的根拠と統合しながら両者が共同して治療方針を導き出すプロセスとする。「薬物治療」は、疾患の予防・治療・症状の緩和を目的とした薬剤の使用による治療行為全般 (内服薬・外用薬・注射すべてを含む) とする。

3. 研究方法

1) 研究 A : 慢性疾患患者・医師・薬剤師を対象とした実態調査

(1) 研究デザイン

横断的研究デザイン。Freeasy 社のオンラインアンケートシステムを利用した Web アンケート調査を実施した。

(2) 研究対象者

- ①青森県内に居住し、過去に医療機関を受診した経験を持つ 18 歳以上の住民
- ②全国で診療を通じて処方を行う医師
- ③全国の医療機関や薬局で業務に従事する薬剤師

(3) 調査内容

- ①属性および治療・診療状況，薬物治療満足度（1～6点の6段階）
- ②患者-医師のコミュニケーション（1～6点の6段階）
- ③患者-薬剤師のコミュニケーション（1～6点の6段階）
- ④共有決定度（シェアード デイジション メイキング）質問紙患者版（SDM-Q-9 日本語版：9項目）：SDM-Q-9 は，患者が診察において医療者とともに意思決定を行ったと感じた程度を評価する9項目からなる自己記入式質問紙であり，日本語版の信頼性・妥当性は既に確認されている（Goto Y, et al., 2021）。回答は6段階のリッカート尺度で行われ，合計スコア（100点換算）を用いて分析を行う。点数が高いほど患者が意思決定に関与したことを示す。
- ⑤Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) Japanese version（18項目）：医療に対する患者・医療者の志向（患者中心志向 vs 医療者中心志向）を評価する尺度であり，Caring（共感・信頼関係）と Sharing（情報協働意思決定参加）の2下位尺度から構成される信頼性および妥当性が確認されている（Krupat E et al., 2000）。日本語版 PPOS（PPOS-J）は石川らによって作成され，使用されている（Ishikawa et al., 2014）。6段階リッカート尺度で回答を求め，平均値を用いて分析を行う。値が高いほど患者中心志向が強いことを示す。

（4）分析方法

収集したデータは，記述統計により全体傾向を把握した。患者の薬物治療満足度（6件法・順序尺度）を従属変数とした段階的順序ロジスティック回帰分析を実施し，関連要因を検討した。SDM-Q-9 スコアおよび PPOS スコアの群間比較には，Mann-Whitney U 検定を用いた。有意水準は5%とした。

2）研究 B：ツール開発とプレテスト

研究 B では，外来診療場面における慢性疾患患者と医療者の対話を支援し，Shared Decision Making (SDM) を促進するコミュニケーション支援アプリの開発およびプレテストを実施した。開発プロセスは，研究 A の成果を基盤とし，段階的かつ反復的に進めた。

（1）開発プロセス（図1）

研究 A の文献レビュー（①文献検討）と実態調査（②患者・医療者調査）の結果をもとに，アプリ開発の基盤となる知見を整理した。研究 B では，SDM の観点から患者-医療者間の対話プロセスを整理・構造化した（③SDM プロセスの整理）。続いて，患者の思考整理および対話を支援する機能を反映した User Interface (UI) 設計を行った（④UI 設計）。その上で，生成 AI (v0) を活用してアプリのプロトタイプを作成した（⑤プロトタイプ作成）。慢性疾患患者6名を対象に2週間のプレテストを実施し，操作性および有用性の評価を行った（⑥プレテスト・修正）。評価には System Usability Scale (SUS) を用い（Brooke, 1996），加えて自由記述とインタビューから抽出された課題を踏まえて機能改善を行った。最後に，

プレテストで得られた知見をもとにアプリの機能を修正し、実装版アプリを完成させた(⑦実装版完成)。

3. 倫理的配慮

本研究は青森県立保健大学研究倫理審査の承認を得て実施した。(承認番号研究 A:23094, 研究 B:25108) 調査への参加は、対象者の自由意志によるものとし、個人情報の保護に十分配慮した。アプリに入力された個人情報・健康情報は研究者が取得せず、解析対象に含めていない。

4. 結果

1) 研究 A: 慢性疾患患者・医師・薬剤師を対象とした実態調査

(1) 対象者の基本属性 (表 1)

患者 (n=97) の平均年齢は 51.4 ± 10.9 歳 (であり, 50 代が 42.3% と最も多く, 次いで 40 代 (23.7%) であった。罹患疾患数は 1 疾患が 62 名 (63.9%) と最多であり, 主な第 1 疾患は高血圧症 (15 名, 15.5%), 精神疾患 (14 名, 14.4%), 糖尿病 (10 名, 10.3%) の順であった。処方薬種類は 1~2 種が 60 名 (61.9%) と過半数を占めた。治療期間は 3 年以上が 65 名 (67.0%) であり, 長期にわたる薬物治療を継続している患者が多数を占めた。診察時間は 3~5 分が 57 名 (58.8%), 3 分未満が 24 名 (24.7%) であり, 患者の 83.5% が 10 分未満の診察を受けていた。

医師 (n=49) の平均年齢は 50.9 ± 12.0 歳, 平均臨床経験年数は 24.4 ± 11.7 年であった。性別は男性 40 名 (81.6%), 女性 9 名 (18.4%) であった。勤務先は病院が 36 名 (73.5%) と最多であり, 業務内容は外来と病棟を兼務する者が 32 名 (65.3%) を占めた。診療科は内科系 24 名 (49.0%), 外科系 20 名 (40.8%), 精神科 5 名 (10.2%) であった。

薬剤師 (n=49) の平均年齢は 46.7 ± 10.9 歳, 平均経験年数は 18.2 ± 10.5 年であった。性別は女性 31 名 (63.3%), 男性 18 名 (36.7%) であった。勤務先は調剤薬局が 27 名 (55.1%) と過半数を占め, 病院勤務が 20 名 (40.8%) であった。

(2) 患者の薬物治療満足度の関連要因 (表 2)

患者の薬物治療満足度 (平均 4.31 ± 1.30 点, 6 点満点) を従属変数とした段階的順序ロジスティック回帰分析を行った。本分析では, 説明変数を「A 群: 属性・受診状況変数 (8 変数)」と「B 群: 医師とのコミュニケーション変数 (9 変数)」に分類し, A 群のみのモデル①, 次いで A 群に B 群を加えたモデル②の順で段階的に投入した。これにより, 属性・受診状況の影響を調整したうえで, コミュニケーション変数が満足度をどの程度追加的に説明するかを検討した。

モデル① (A 群 8 変数のみ) はモデル全体が非有意 (Nagelkerke $R^2=0.102$, $\chi^2(8)=9.94$, $p=.269$) であり, 年齢・性別・治療期間・処方薬数などの属性・受診状況は, 薬物治療満足

度の独立した関連は認められなかった。次に、医師とのコミュニケーション変数（B群9変数）を追加投入したモデル②では、Nagelkerke $R^2=0.462$ となり、モデル①から 0.361 ポイントの改善が認められた（ $\Delta LR \chi^2(9)=46.88, p<.001$ ）。これは、コミュニケーション変数の追加によって、薬物治療満足度の説明力が向上したことが示唆された。多重共線性の検討では VIF 最大 3.75 であり、問題のない水準であった。

B 群 9 変数のうち、A 群の影響を調整したうえで薬物治療満足度との有意な独立した関連が認められたのは「疑問を遠慮なく聞けること」（OR=2.146, 95%CI [1.375-3.349], $p<.001$ ）の 1 変数であった。このオッズ比は、医師に疑問を遠慮なく聞けると感じるほど、薬物治療満足度が高いカテゴリに移行しやすいことを示している。その他の B 群変数（治療目標の理解・説明への納得・症状の報告等）については、いずれも有意な独立した関連は認められなかった。以上の結果から、患者の属性や受診状況ではなく、診察場面における疑問表出のしやすさが、薬物治療満足度に関連する一要因である可能性が示唆された。

（3）SDM-Q-9 の三者比較（表 3）

患者と医師・薬剤師の SDM-Q-9（0～100 点換算）を比較した。なお、患者は青森県在住、医師・薬剤師は全国を対象としており、居住地域が異なる。以下の比較結果は各群の傾向を把握するための参考値として解釈する。

患者（対医師）の平均スコアは 51.8 ± 21.2 点、医師（自己評価）は 68.9 ± 14.7 点であった。Mann-Whitney U 検定の結果、両群の間に有意差が認められた（ $U=1259, p<.001$ ）。すなわち、患者は医師との診察における SDM の実施状況を医師よりも相対的に低く評価しており、医師は自身が SDM 実施状況を相対的に高く評価している傾向が示された。このことから、患者と医師の間に認識の差が生じている可能性が示唆された。

患者（対薬剤師）の平均スコアは 52.6 ± 17.5 点、薬剤師（自己評価）は 53.6 ± 17.2 点であった。Mann-Whitney U 検定の結果、両群の間に有意差は認められなかった（ $U=2285, p=.706$ ）。患者と薬剤師の間では、SDM の実施に関する評価に統計的に有意な差は認められなかった。

（4）PPOS の三者比較（表 4）

患者と医師・薬剤師の PPOS を比較した。本結果も SDM-Q-9 と同様に、対象者の居住地域が異なることから、比較結果は参考値として解釈する。

PPOS 合計の平均値は、患者 3.73 ± 0.48 点、医師 3.98 ± 0.53 点、薬剤師 3.80 ± 0.46 点であった。Kruskal-Wallis 検定の結果、3 群間に有意差が認められ（ $H=8.764, p=.013$ ）、Bonferroni 補正を適用した対比較では患者と医師の間に有意差が示された（ $p<.05$ ）。Caring 尺度（共感・信頼）は患者 3.84 ± 0.50 点、医師 4.23 ± 0.60 点、薬剤師 4.02 ± 0.60 点であり、3 群間に有意差が認められた（ $H=13.539, p=.001$ ）。対比較では患者と医師の間に有意差が

示され ($p<.001$), 医師は患者との関係における共感・信頼関係を重視する志向が相対的に高いことが示唆された。患者と薬剤師の間および医師と薬剤師の間には有意差は認められなかった。Sharing 尺度 (情報共有・意思決定参加) では患者 3.61 ± 0.54 点, 医師 3.73 ± 0.59 点, 薬剤師 3.58 ± 0.42 点であり, 3 群間のいずれのペアにも有意差は認められなかった ($H=1.677, p=.432$)。すなわち, 情報共有や意思決定への患者参加を重視する志向性は, 患者・医師・薬剤師の三者間で有意差は認められなかった。

2) 研究 B: ツール開発とプレテスト

(1) アプリの概要 (図 2)

本アプリは, 文献検討および研究 A の結果に基づき, 診察前・診察中・診察後を連続的に支援する機能を設けた。SDM の実現には, 患者が診察前に自分自身の疾患や薬物治療に関する疑問・症状・希望を整理したうえで診察に臨み, 診察中には医療者と対話し, 診察後にその内容を振り返るというプロセスが重要とされている。本アプリは, この一連の流れを支援することを基本的な方針として設計した。

① 診察前 (準備)

診察前の支援として, 以下の 4 つの機能を設けた。

【クリニックとお薬 (登録)】機能

受診している医療機関と処方された薬を登録・管理できる。薬ごとに用法・用量・開始日・メモを記録できるほか, 薬に関する相談内容を選択・入力することで, 診察前に疑問を言語化・整理できる。研究 A において「疑問を遠慮なく聞けること」が薬物治療満足に関連因子として示されたことを踏まえ, 患者が疑問を整理し表出しやすくすることを目的とした機能である。

【症状の記録】機能

自覚症状を軽度・中程度・重度の 3 段階で入力し, カレンダーに表示できるようにした。日々の症状変化を視覚的に把握でき, 症状の把握を促進することを意図した。

【測定値の記録】機能

血圧・脈拍・体重・体温等のデータを記録し, グラフ形式で表示できる。慢性疾患患者にとって日常的な測定値の管理は重要であり, 記録の蓄積が薬物治療の動機付けにつながる可能性がある。

【AI 相談】機能

薬物治療・健康に関する疑問について AI に相談でき, 一般的な情報提供の範囲で回答を得られる。診察前に疑問を整理・補完する手段として位置付けており, 医師への相談内容を準備する際の補助的な役割を担う。

② 治療の継続

【経過のまとめ (診察の準備)】

登録されたクリニックや薬の情報、および相談内容・症状・測定値を自動的に要約して、表示する機能を設けた。患者が次の診察に向けて必要な情報を簡潔に確認できるよう設計しており、診察時の対話の橋渡しとなる。

③診察中：対話・SDM の促進

【診察用（対話への活用）】機能

経過のまとめをもとに診察中の対話を支援する。整理された情報を医師に説明・提示しやすい形で表示することで、限られた時間の中で必要な情報を効率的に伝えることを支援する。患者が主体的に診察へ参加できるよう支援することが目的である。

④診察後：理解の向上

【診察メモ】機能

診察後に医師からの説明や処方変更、次回診察日等を記録できる。記録した内容は経過のまとめにも反映され、治療の継続的な理解の促進を支援する。

⑤参考資料

【新・医者にかかる 10 箇条】（認定 NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML）

受診前の準備から医療者との関係づくり、自覚症状・病歴の伝え方、疑問の確認、治療方針の自己決定まで、患者が医療に主体的に参加するための行動指針を 10 項目にわたって示したものである。患者中心の医療および SDM の理念と合致する内容であり、本研究と整合する資料として収載した。

（出典：<https://www.coml.gr.jp/shoseki-hanbai/10kajo.html>）

【診察時の対話のポイント】

診察では緊張して疑問をうまく伝えられないことが多いという患者の実態を踏まえ、気になる症状や体調の変化の伝え方、薬や治療に関する疑問の聞き方、説明がわからない際の確認方法、生活上の困りごとの共有、患者自身の希望や考えの表出といった場面別の具体的な対話のポイントを例示した形式で掲載した。

（2）プレテスト結果

対象は成人の慢性疾患患者 6 名（男性 4 名・女性 2 名）であった。2 週間のアプリ使用後に System Usability Scale (SUS) による操作性評価および自由記述・インタビューによる意見収集を行った。SUS スコアは 62.9 点であった。SUS は 0～100 点で評価される尺度であり、本結果は「改善が必要」の範囲に位置するものの、初期段階としての使用可能性が示唆された。自由記述・インタビューによる肯定的な意見としては、「症状や薬物治療に関する情報を整理できた」「診察で聞きたいことを意識できた」「突発的な受診でも活用できた」「長期的な副作用も考えたいと思った」が挙げられた。これらの意見は、アプリが診察前の情報整理および疑問の言語化・意識化に寄与する可能性を示している。一方、課題・改善点としては、「アプリの特徴・目的がわかりにくい」「機能説明（使い方）の充実が必要」「入力操

作の簡便さの向上が必要」「継続利用のための動機づけ方法の検討が必要」が指摘された。以上のプレテストの結果を踏まえ、指摘された課題に対する機能改善（登録ボタン表記の改善・機能説明の追加等）を実施し、2026年3月に実装版を完成させた。

5. 考察

1) 患者の薬物治療満足とコミュニケーション

本研究において、患者の薬物治療満足に最も強く関連した因子は「疑問を遠慮なく聞けること」であった。この結果は、属性や受診状況、他のコミュニケーション要因を調整した上で得られたものであり、薬物治療満足において診察場面におけるコミュニケーションの重要性を示している。先行研究においても、患者の質問行動や疑問表出はアドヒアランスや治療満足度と関連することが報告されており（Olomu A, et al., 2022）、本研究の結果はこれらの知見を支持するものである。青森県という地域特性を有する集団においても、同様の傾向が認められたことは、疑問表出の重要性が特定の地域に限定されない可能性を示唆している。一方で「疑問を遠慮なく聞けること」の平均スコアは低く、多くの患者が疑問を表出しにくい状況にあることが示された。この背景には、外来診療における時間的制約、医師との関係性、患者のヘルスリテラシーが影響している可能性が示唆される。特に青森県においては医師不足や医師の偏在が指摘されており（青森県, 2023）、診察時間の制約が疑問表出に影響している可能性がある。

2) 共同意思決定（SDM）に関する認識の違い

SDM-Q-9の結果では、患者（対医師）に対し医師と有意差が認められ、両者の間にSDM実施に関する評価の違いが示唆された。これらの比較結果は対象者の居住地域が異なることから参考として解釈する必要があるものの、医師は診察場面においてSDMを相対的に高く評価している一方で、患者は相対的に低く評価している可能性を示している。この評価の違いは、医師がSDMを実践しているつもりであっても、患者の立場からはSDMが十分に実施されていないと受け取られている可能性を示すものであり、診察場面におけるSDMの実践が依然として不十分である状況を反映している可能性がある。

PPOSについては、合計得点において患者は医師より有意に低かった。下位尺度であるCaring尺度も同様に、患者は医師より有意に低く、医師は患者との関係において患者に対して共感や信頼関係を重視する志向を有している可能性が示唆された。一方、Sharing尺度では患者・医師・薬剤師の三者間に有意差は認められず、情報共有や意思決定参加に関する志向性は三者間で大きく異なることが示された。PPOSは回答者自身が患者中心的な医療をどの程度思考しているかを測定する尺度である。PPOS合計得点およびCaring尺度が医師より有意に低いということは、患者自身が患者中心的な医療に対する志向の程度が医師と比較して低い可能性を示唆するものと解釈される。この背景には、患者が医療におけ

る意思決定を医師に委ねる傾向や、自らが治療方針の決定に積極的に参加するという意識が十分に根付いていない可能性の影響が考えられる。医師が SDM を実践しているつもりであっても、患者側からの疑問の表出や意思決定への参加が不十分であるために、患者が望む SDM には至っていない状況が示唆される。SDM は医療者と患者の双方向的なプロセスであることを踏まえると、医療者側のアプローチだけでなく、患者自身が診察場面で主体的に関与できるよう促す支援もまた重要であることが示される。

3) 患者の疑問表出を起点とした支援の必要性

SDM は、患者と医療者が協働しながら意思決定を行うプロセスであり、その過程は team talk, option talk, decision talk の 3 段階で構成されるとされている (Elwyn et al., 2017)。本研究の結果から、SDM の実践を促進するためには、医療者側のコミュニケーションだけでなく、患者が診察場面で自らの疑問や希望を整理し、表出できることが重要である可能性が示唆された。本研究において「疑問を遠慮なく聞けること」が薬物治療満足に関連因子として示されたことは、患者側の準備過程および疑問表出行動そのものの重要性を維持する結果と考えられる。しかしながら、PPOS の結果が示すように、患者自身の患者中心性が相対的に低い現状においては、患者が自発的に疑問を整理・表出することは容易ではない可能性がある。疑問を表出するためには、まず患者自身が「疑問を持ってよい」「疑問を伝えてよい」という認識を持つことが前提となる。この認識は、患者中心的な医療への参加意識、すなわち患者中心性の醸成と関連していると考えられる。従来 of SDM 研究は医療者側の関わりや介入に焦点があてられることが多かったが、本研究の結果は患者側の行動・認識・準備過程に着目した支援の必要性を示唆している。特に、診察前の段階から患者が自身の状態や疑問を整理し、診察場面での表出につなげるプロセスを支援することが、SDM を促進する新たな視点になり得ると考えられる。

4) アプリの意義とプレテストの解釈

これらの課題を踏まえ、研究 B では診察前・診察中・診察後を連続的に支援するアプリを開発した。本アプリは、患者が診察前に疾患や薬物治療に関連した疑問・症状を整理し、診察中に医師と対話し、診察後にその内容を振り返るという一連のプロセスを支援する構造を有している。特に、【クリニックとお薬 (登録)】機能による疑問の言語化・整理、【経過のまとめ (診察の準備)】による情報の自動要約、【診察用 (対話への活用)】による診察中の対話支援は、患者中心性が十分に育っていない患者であっても、段階的に診察への参加を促す機能としてのねらいがある。また、アプリ内に収載した【診察時の対話のポイント】および【新・医者にかかる 10 箇条】は、患者が主体的に診察に参加するための意識や姿勢を高める情報基盤として位置づけており、患者中心性の醸成を補完的に支援するものといえる。

プレテストでは、「診察で聞きたいことを意識できた」「情報整理に役立った」などの評価が得られ、診察前の思考整理および疑問の意識化に寄与する可能性が示唆された。これらの結果は、研究 A で示された課題と整合しており、本アプリが患者の疑問表出を促進する支援手段となり得る可能性を示すものといえる。一方、SUS スコアは 62.9 点であり一般的基準（68 点）を下回ったものの、n=6 という小規模な探索的評価であることを踏まえると、初期段階としての使用可能性は一定程度示されたと考えられる。操作性や機能理解に関する課題については実装版において改善を実施しており、今後の介入研究における効果検証が求められる。

6. 研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。

第一に、研究 A に関して、サンプリングの問題である。本研究は Web パネルを用いたオンライン調査であり、対象者がインターネット利用者に限定されることから、高齢者やデジタルリテラシーの低い層が過少代表されている可能性がある。また、患者は青森県在住者を対象とした一方、医師・薬剤師は全国の Web パネルを対象としており、居住地域が異なることから三者の直接比較には制約がある。SDM-Q-9 および PPOS の群間比較については参考値として解釈することが適当である。

第二に、研究 A に関して、研究デザインの限界である。本研究は横断的研究デザインを採用しており、変数間の因果関係を断定することはできない。例えば、「疑問を遠慮なく聞けること」と薬物治療満足度の関連が示されたが、その方向性については本研究の設計上判断することができない。また、自己記入式の質問媒体を用いていることから、社会的望ましさバイアスが生じる可能性も否定できない。

第三に、研究 A に関して、調査変数の範囲の限界である。本研究では医師とのコミュニケーション変数を中心に分析を行ったが、薬物治療満足度に影響しうる他の要因（医師の技術・施設の環境・疾患の重症度・経済的要因等）については調査対象外となっている。薬剤師とのコミュニケーションが満足度に与える影響についても今後の検討課題として残されている。

第四に、研究 B に関して、プレテストおよびアプリの効果検証の限界である。プレテストは n=6 という小規模な探索的評価であり、結果の一般化可能性には限界がある。また、スマートフォン操作に不慣れな患者への対応が十分でない可能性があり、デジタルリテラシーの差異がアプリの活用度に影響する恐れがある。開発したアプリの SDM および薬物治療満足度への効果については本研究では未検証であり、今後実施予定の介入研究において実証的な検討が求められる。

7. 文献

- 青森県 (2023). 第三次青森県健康増進計画. 青森県がん・生活習慣病対策課.
- 厚生労働省 (2024). 令和 5 年 (2023) 人口動態統計 (確定数) の概況. 厚生労働省.
- National Quality Forum (2020). *National Quality Partners shared decision making action team*. National Quality Forum.
- Olomu, A., et al. (2022). Improving diabetic patients' adherence to treatment and prevention of cardiovascular disease (IMPACT Study). *Trials*, 23, 659.
- Elwyn, G., et al. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*, 359, j4891.
- Krupat, E., et al. (2000). The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39, 49–59.
- Kriston, L., et al. (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9): Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80, 94–99.
- 島田栄子 (2015). SDM を支える服薬自己管理モジュールの応用. 文京学院大学人間学部研究紀要, 16, 125–136.
- 宇野智子, 他 (2024). 当院において Oncotype DX を実施した 2 症例の Shared decision making. 市立室蘭総合病院医誌, 49 (1), 17–21.
- 布谷麻耶・石橋千夏 (2021). クロウン病患者を診療する消化器専門医の Shared Decision Making の認識と実践. 日本保健医療行動科学会雑誌, 35 (2), 30–39.
- Goto, Y., et al. (2021). Adapting the patient and physician versions of the 9-item shared decision making questionnaire for other healthcare providers in Japan. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21, 314.
- Brooke, J. (1996). SUS: A "quick and dirty" usability scale. In P. W. Jordan, B. Thomas, B. A. Weerdmeester, & A. L. McClelland (Eds.), *Usability evaluation in industry* (pp. 189–194). Taylor & Francis.

8. 図表

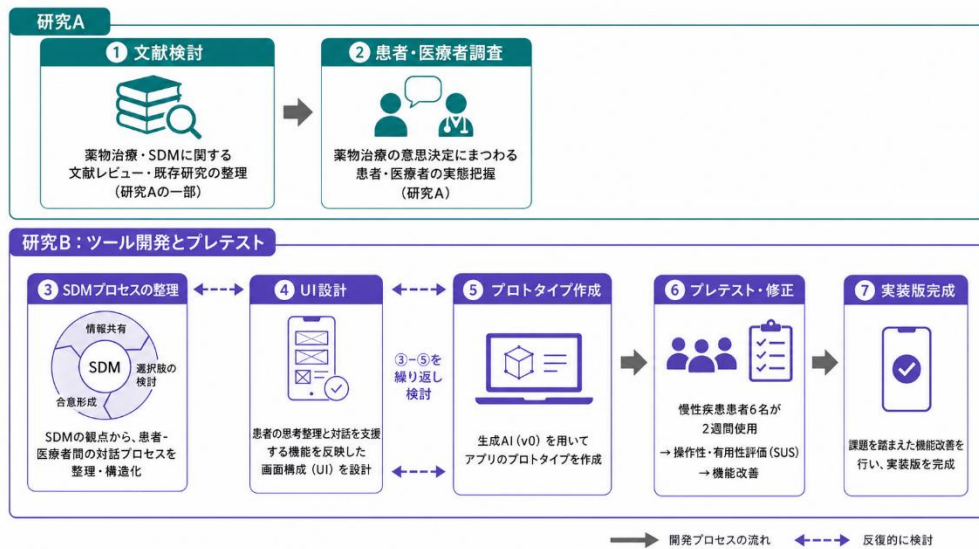


図1 アプリ開発のプロセス

表1 対象者の基本属性

| | 患者 | 医師 | 薬剤師 |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|
| | n=97 | n=49 | n=49 |
| 年齢 (歳) : 平均±SD | 51.4±10.9 | 50.9±12.0 | 46.7±10.9 |
| 性別 : 男性 n (%) | 44 (45.4) | 40 (81.6) | 18 (36.7) |
| 女性 n (%) | 53 (54.6) | 9 (18.4) | 31 (63.3) |
| 経験年数 (年) : 平均±SD | — | 24.4±11.7 | 18.2±10.5 |
| 治療期間 : 1年未満 n (%) | 15 (15.5) | — | — |
| 1~3年 n (%) | 17 (17.5) | — | — |
| 3年以上 n (%) | 65 (67.0) | — | — |
| 処方薬数 : 1~2種 n (%) | 60 (61.9) | — | — |
| 3~4種 n (%) | 20 (20.6) | — | — |
| 5種以上 n (%) | 17 (17.5) | — | — |

| | | | |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 診察/面談時間：5分未満 n (%) | 24 (24.7) | 3 (6.1) | 20 (40.8) |
| 5～10分 n (%) | 57 (58.8) | 20 (40.8) | 20 (40.8) |
| 10～20分 n (%) | 13 (13.4) | 23 (46.9) | 6 (12.2) |
| 20分以上 n (%) | 3 (3.1) | 3 (6.1) | 3 (6.1) |
| 医師：診療科/薬剤師：勤務先： | | | |
| 内科系/病院 n (%) | — | 24 (49.0) | 20 (40.8) |
| 外科系/薬局 n (%) | — | 20 (40.8) | 27 (55.1) |
| 精神科/その他 n (%) | — | 5 (10.2) | 2 (4.1) |

診察時間：患者は患者認識，医師は医師認識（通常の診察時間），薬剤師は面談時間。

表2 患者の薬物治療満足度に関連する要因（段階的順序ロジスティック回帰分析）

| 変数 | OR | 95% CI | p 値 | |
|--------------------------|-------|-------------|--------|------|
| A 群：属性・受診状況（調整変数） | | | | |
| 年齢 | 0.984 | 0.948–1.022 | p=.409 | n.s. |
| 性別（女性=1） | 1.168 | 0.501–2.724 | p=.719 | n.s. |
| 入院経験 | 1.022 | 0.366–2.848 | p=.967 | n.s. |
| 罹患疾患数 | 1.424 | 0.655–3.096 | p=.372 | n.s. |
| 処方薬種類 | 0.816 | 0.381–1.746 | p=.600 | n.s. |
| 治療期間 | 0.876 | 0.477–1.608 | p=.670 | n.s. |
| 同医師継続 | 0.719 | 0.339–1.528 | p=.392 | n.s. |
| 診察時間 | 1.528 | 0.796–2.931 | p=.202 | n.s. |

B 群：医師とのコミュニケーション変数

| | | | | |
|------------------------|-------|-------------|--------|------|
| 疑問を遠慮なく聞けること (逆転) † | 2.146 | 1.375–3.349 | p<.001 | *** |
| 治療目標の理解 | 1.540 | 0.800–2.964 | p=.196 | n.s. |
| 説明への納得 | 1.486 | 0.902–2.450 | p=.120 | n.s. |
| 診察時間の十分さ (逆転) | 1.338 | 0.904–1.980 | p=.146 | n.s. |
| 症状の報告 | 1.192 | 0.822–1.727 | p=.354 | n.s. |
| 緊張せずに話せること | 1.060 | 0.762–1.474 | p=.730 | n.s. |
| 治療目標の伝達 | 0.842 | 0.481–1.473 | p=.547 | n.s. |
| 残薬の伝達 | 0.850 | 0.592–1.220 | p=.377 | n.s. |
| 残薬の確認 | 0.747 | 0.504–1.108 | p=.147 | n.s. |

従属変数：薬物治療満足度 (1~6 点)。n=97。

モデル① (A 群のみ)：Nagelkerke R²=0.102, p=.269 n.s.

モデル② (A+B 群)：Nagelkerke R²=0.462, LR $\chi^2(17)$ =56.82, p<.001, VIF 最大 3.75。

†逆転処理済み (高値=遠慮なく聞ける)。*** p<.001, n.s.：有意差なし。OR=オッズ比, CI=信頼区間。

表 3 SDM-Q-9 スコアの比較

| | 患者 (対医師) | 医師 (自己評価) | 患者 (対薬剤師) | 薬剤師 (自己評価) |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | n=97 | n=49 | n=97 | n=49 |
| 平均±SD | 51.8±21.2 | 68.9±14.7 | 52.6±17.5 | 53.6±17.2 |
| 中央値 | 51.1 | 73.3 | 53.3 | 53.3 |
| IQR | [37.8, 66.7] | [57.8, 77.8] | [40.0, 64.4] | [44.4, 64.4] |
| 群間比較 (Mann-Whitney U 検定) (参考) | | | | |
| 患者 (対医師) vs 医師 (自己評価) | U=1259 | p<.001*** | | |
| 患者 (対薬剤師) vs | U=2285 | p=.706 ns | | |

薬剤師（自己評価）

SDM-Q-9 スコア：0～100 点換算（各項目 0～5 点，合計×100/45）。患者版（対医師・対薬剤師）と医療者版（自己評価）をそれぞれ対応させて比較。Mann-Whitney U 検定。*** p<.001, ns：有意差なし。対象者の居住地が異なるため，比較は参考値として解釈することが適当である。

表 4 PPOS スコアの三者比較（平均±SD）

| | 患者（n=97） | 医師（n=49） | 薬剤師（n=49） | 有意差（Bonferroni 補正）（参考） |
|---------|-----------|-----------|-----------|------------------------|
| PPOS 合計 | 3.73±0.48 | 3.98±0.53 | 3.80±0.46 | 患者<医師* |
| ケア | 3.84±0.50 | 4.23±0.60 | 4.02±0.60 | 患者<医師*** |
| シェアリング | 3.61±0.54 | 3.73±0.59 | 3.58±0.42 | ns |

PPOS：1～6 点，高得点ほど患者中心的志向。Mann-Whitney U 検定，Bonferroni 補正（補正後有意水準 $\alpha=0.0167$ ）。* p<.05, *** p<.001, ns：有意差なし。有意差欄は患者を基準とした比較を示す。対象者の居住地が異なるため，三者比較は参考値として解釈することが適当である。



図 2 アプリの概要

〔課題4-2〕薬剤関連医療事故防止への患者参加の実態と関連要因：

健康信念モデルに基づく北東北の患者と全国の医師に関する横断的分析

中崎真也，大西基喜，長内志津子，手塚祐美子，伊藤瑠美，花田和大

I. 背景・目的

医療安全は世界的な課題であり、医療事故防止における患者参加は重要である。WHOの「Global Patient Safety Action Plan 2021-2030」でも患者参加が重要なテーマとして掲げられているが、日本の実臨床での実践は不十分であり、関連研究も不足している。本研究では、健康信念モデル（Health Belief Model:以下 HBM）を用い、薬剤関連の医療事故防止行動の実践状況（患者の行動実施、医師による患者への行動奨励）と関連要因を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

Web アンケートを用いた横断研究として、北東北3県の成人通院患者615名（平均年齢 52.9 ± 12.3 歳、男性54%）および全国の外来診療に従事する医師179名（平均年齢 51.8 ± 11.4 歳、男性82%）を対象とした。8項目の事故防止行動の実践状況および、HBMの各要素として、認知された感受性（医療事故の発生可能性）、認知された重大性（医療事故による危害の重大性）、認知された利益感（事故防止行動の有効性）、認知された障壁感（事故防止行動の抵抗感）、自己効力感（行動を遂行できる確信）、および行動のきっかけを評価し、患者中心性の志向をPatient-Practitioner Orientation Scale（PPOS）で測定した。患者群と医師群において、年齢や性別などの共変量で調整した重回帰分析を実施し、事故防止行動の実践に対する関連要因を検討した。

III. 結果

8項目の事故防止行動の患者の実施率は39.5-77.6%、医師の奨励率は59.2-83.8%で、「メモの活用」（医師63.7%、患者39.5%）など一部の項目で両者の差が大きかった。重回帰分析の結果、患者ではHBMの要素のうち、とくに障壁感（ $\beta = -0.38, p < 0.001$ ）と利益感（ $\beta = 0.27, p < 0.001$ ）が行動実施と有意に関連していた。また、行動の障壁感と行動実施の負の関連は、患者中心性の志向が高い患者でより顕著であった。医師では利益感（ $\beta = 0.48, p < 0.001$ ）と障壁感（ $\beta = -0.23, p < 0.01$ ）、患者参加型の医療安全研修の経験（ $\beta = 0.16, p < 0.05$ ）が行動奨励に有意に関連していた。

IV. 考察・結論

患者と医師の双方で、事故防止行動の実践に対する障壁感や利益感が重要な関連要因であることが示された。患者の参加を促進するには、事故防止行動に対する抵抗感を減少させ、行動の有効性を強調する介入が効果的である可能性が示唆された。また、患者中心性の志向の効果については、患者の理想とする医療と現実の医療とのギャップが、行動の障壁感を通

して行動実施に影響していると推察された。医師では、患者参加型の医療安全研修の経験が、患者への行動奨励に寄与することが示唆された。今後は、これらの要因に基づく介入効果の検証が期待される。

〔課題4-3〕 風邪に抗菌薬が処方される要因の検討
-患者・医師・薬剤師に対する横断的研究・コロナ禍を経て-

花田和大、大西基嬉、長内志津子、手塚祐美子、伊藤瑠美、中崎真也

I. 背景・目的

薬剤耐性（AMR）対策には外来における抗菌薬の適正使用が重要であり、特に小児の風邪に対する不要な処方の抑制が求められる。不要処方の背景には患者の期待や医師・患者間のコミュニケーションが指摘されるが、十分に検討されていない。本研究は、住民の抗菌薬処方希望と医師の処方行動の関連要因を検討し、併せて薬剤師の認識と対応を明らかにすることを目的とした。さらにコロナ禍以降の認識の変化も検討した。

II. 方法

無記名 Web アンケートによる横断研究。対象は一般住民 180 名、医師 120 名、薬剤師 80 名。「風邪症状」は発熱・鼻水・鼻づまり・咽頭痛の組合せと定義した。住民では抗菌薬処方希望を目的変数とし、有効性認識、医師とのコミュニケーション、ヘルスリテラシー、地域を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った。医師では患者希望時の処方行動を目的変数とし、患者の抗菌薬希望認識、診断の不確実性、不要理由説明の時間負担を説明変数として同様に解析した。薬剤師は記述統計により検討した。

III. 結果

住民の 51.7%が風邪時に抗菌薬を希望し、88.6%は不要理由の説明で納得可能と回答した。抗菌薬は風邪に効果があるとの認識は 63.3%にみられ、処方希望群では 88.2%、処方不要では 36.8%と差が大きかった。多変量解析では、風邪症状に対する抗菌薬の有効性認識が処方希望と有意に関連した（OR=11.10、95%CI: 5.03-24.40）。

医師の 31.7%が患者希望時に抗菌薬を処方すると回答した。患者希望で抗菌薬を処方する群（処方群）では、患者が希望しても抗菌薬を処方しない群（非処方群）に比べ、「多くの患者は抗菌薬を希望している」との認識が高く（65.8%、22.0%）、処方行動と有意に関連した（OR=5.47、95%CI: 2.24-13.40）。また、68.3%の医師は説明により患者は納得すると認識していた。コロナ禍以降、風邪症状に対して抗菌薬を処方しないことが多くなったと回答した医師は 47.5%であった。患者が抗菌薬をより希望するようになったと考える医師は 24.2%であった。

抗菌薬を含む処方箋に対し疑問を感じる薬剤師の割合は、約 70%であったが、疑義照会を行う割合は「必要性」が 28.8%と低く、他項目（66.3~80.0%）よりも少なかった。

また、風邪に対する抗菌薬不要理由の説明に対する受容は住民で高く、医師の想定を上回る可能性が示唆された。抗菌薬に関する理解では、効果減弱や副作用に関する住民の懸念が医師・薬剤師の想定を上回る傾向が示された。

IV. 考察

住民において、抗菌薬処方希望はコミュニケーション行動やヘルスリテラシー（CCHL）よりも「抗菌薬は風邪に効く」という有効性認識と強く関連しており、効果に関する正確な知識の普及が重要と考えられる。

医師においては「患者が抗菌薬を希望している」という認識が処方行動と関連していた。一方、不要理由の説明に対する患者の受容は医師の認識より高く、説明は想定以上に受け入れられる可能性がある。また、コロナ禍以降、医師の抗菌薬の処方行動は抑制方向に変化した可能性が示唆された。

薬剤師では必要性に関する疑義照会が他項目より少なく、関与の促進が課題と考える。

〔課題4-4〕患者の歯科治療選択に対する意思決定支援の現況と影響要因

伊藤瑠美、大西基喜、長内志津子、手塚祐美子、中崎真也、花田和夫

I. 背景・目的

歯科医療では情報の一方向性が強く、治療選択における意思決定の重要性が高いにもかかわらず、患者中心の意思決定は十分に促進されていない現状がある。これは医療者と患者間の情報の非対称性に起因しており、意思決定支援の確立が課題となっている。

そこで本研究では、歯科医療機関における治療選択過程の意思決定支援に着目し、医療者と患者の意思決定支援に対する認識や支援の実態、ならびに意思決定支援の実践に影響を与える要因を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

Web アンケートを用いた横断研究であり、青森県に居住し歯科治療経験を有する成人 300 名を対象とした。対象者はインターネット調査会社の登録モニターから募集し、同意を得た上で回答を収集した。設問項目は、基本情報 5 項目、歯科治療内容（複数選択）、患者の歯科治療に対する参加意識 5 項目 6 件法、意思決定支援者との関係 9 項目 6 件法、歯科医師による意思形成支援 10 項目 6 件法、意思表明・実現状況 7 項目 6 件法、患者中心性の志向を Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) で測定した。全要因に対する記述統計を算出後、歯科治療での意思決定に関連する要因を検討するため、年齢や性別などの共変量で調整した重回帰分析により歯科治療決定に関する要因を検討した。

III. 結果

対象者 300 名中、現在青森県に在住していない 6 名および歯科治療を受けていない者 1 名、自費診療のみの者 1 名の計 8 名を除外し、最終解析対象者は 292 名であった。男性 141 名 (48.3%)、女性 151 名 (51.7%)、平均年齢は男女とも 51.2 ± 11.2 歳であった。歯科治療内容では、むし歯治療経験者が 201 名 (68.8%) と最も多かった。「歯科受診前に歯科医院の評判などの情報を調べる」割合は、抜歯経験者 ($\beta = 0.13, p = 0.022$) が有意に多かった。

「歯科受診前に治療内容や治療期間、費用について調べる」割合は、歯周病治療経験者 ($\beta = 0.12, p = 0.036$)、抜歯経験者 ($\beta = 0.16, p = 0.007$) で有意に多かった。「治療の説明が十分ではないと思ったら納得するまで説明する」行動では、歯周病治療経験者 ($\beta = 0.14, p = 0.014$) で有意に多かった。総合的に、患者中心性の志向が高い患者ほど、歯科治療において意思決定支援に関する行動や意識が高い傾向であった。

IV. 考察・結論

本研究では、抜歯や歯周病治療の経験者において情報収集行動や説明要求が高いことが示され、治療の侵襲性や長期性といった要因が患者の意思決定への関与を高める可能性が示唆された。これらの治療は不安や不確実性を伴いやすく、その結果として患者がより多くの情報を求め、意思決定に積極的に関与するようになると考えられる。さらに、患者中心志向が高い患者ほど意思決定支援に関連する行動が高い傾向が認められたことから、歯科医療においては、患者の価値観や志向を踏まえた支援を行うことが、意思決定への患者参加を促進する上で重要であると考えられる。

〔課題5〕青森県の外国人医療にかかわるヘルスコミュニケーション研究
～言語的サポートツールの検討～

川内規会、大西基喜、長内志津子、グエンレーランリン、伊藤瑠美、佐々木純子

要旨

青森県では、増加する外国人患者は初期受診で地域の診療所を選ぶことが多い一方、診療所には大病院のような多言語・通訳体制が不足している。そのため、言葉の壁による医療者と患者双方の負担を軽減し、地域の診療所で活用できる言語的サポートツールの開発が求められている。医療従事者と外国人患者の双方が、言葉の壁を越えて円滑にコミュニケーションを図り、安心して医療サービスを提供・享受できる環境を作ることが目的として、地域の診療所でも導入・活用しやすい「言語的サポートツール」の開発をした。はじめに、タブレット使用で検証したが、使いづらさや不具合が多いことから、アプリ作成に変更し、患者がスマートフォンのアプリを使用し、初めに言語を選択することで、利用しやすくなることが検証された。ノーコードによる多言語対応アプリを開発し、問診票、検査指示フォームなどを、受付から会計まで（問診、基礎検査、各種検査、処置、処方）の一覧の流れをシームレスに対応できるアプリを実際の現場で使用できるように社会実装を目指した。

I. はじめに

在留外国人にとっての医療環境は、医療従事者と外国人患者の相互の言語トラブルからくるヘルスコミュニケーションの問題が起りやすく、通訳体制の問題のみならず、文化的背景や医療システムなど様々な環境が相互に関係している（川内、伊藤、大西、2023）。医療機関を訪れる言語的サポートの必要な外国人は、観光客をはじめとする一時的短期滞在者のみならず、技能実習生・難民・長期留学生など、日本在住の外国人が医療現場では十分なわかりやすいコミュニケーションが行われていない問題があげられている（Jie Wang, Runyu Zou, Hua Fu, Haihong Qian, Yueren Yan, Fan Wang, 2017, Kawauchi Kie, Ogasawara Mellisa, 2015）。

本研究は外国人にとってわかりやすいコミュニケーションが行われるよう医療者が使用できる視覚的・言語的サポートツールの開発を目指した。初めに青森県の医療現場の外国人对応状況とサポート内容を把握するため、幅広く調査・収集し、青森県内のクリニックや診療所の医療者が必要とする言語的サポート内容を検討し、外国人と医療者が円滑にコミュニケーションをとるための視覚的・言語的サポートツールの開発に取り組んだ。

II. 目的

医療従事者と外国人患者の双方が、言葉の壁を越えて円滑にコミュニケーションを図り、安心して医療サービスを提供・享受できる環境を作るために、青森県内の外国人患者および医療者の双方が、外国人患者の受診時に円滑なコミュニケーションを図れるように「言語的サポートツール」を検討し、地域の診療所でも導入・活用しやすい「多言語対応アプリケーション」を開発し、社会実装することを目指した。

III. 研究方法及び調査結果

研究方法は、(調査1)から(調査3)まで3つの調査で実施した。それぞれの調査結果を示す。本研究は、倫理的配慮として、青森県立保健大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:25109)。また、関連する利益相反はない。

1. 調査方法1

青森県の在留外国人の国籍、在留状況の推移を調べ、外国人患者がおかれている青森県内の医療現場の情報を入手し、現状を把握した。はじめに「厚生労働省多言語ツール」のサイトを活用し、各都道府県が示している医療機関と多言語対応診療科、対応言語、医療通訳活用状況、翻訳機およびアプリの使用状況等を調べた。次に、調査収集した内容から、青森県内のクリニックや診療所で必要とするサポート内容を検討し、視覚的・言語サポートツール作成への可能性を考察した。

2. 調査結果1

青森県の外国人の特徴と国内の医療現場の言語サポート状況

1) 青森県の国籍別在留外国人の状況

青森県の在留外国人の特徴について、日本全体と異なる傾向がある。図1「青森県在留外国人の国籍別状況」のようにアジア地域の人数が5,947人で全体の88.7%を占め、上位は1位ベトナム(2,102人)、2位中国(949人)、3位フィリピン(864人)、4位韓国(688人)、5位米国(399人)の順となっている。全国(2023)と比較すると、全国的には1位中国(788,495人)、2位ベトナム(520,154人)、3位韓国(411,748人)4位フィリピン(309,943人)、5位ブラジル(210,563人)となっている。

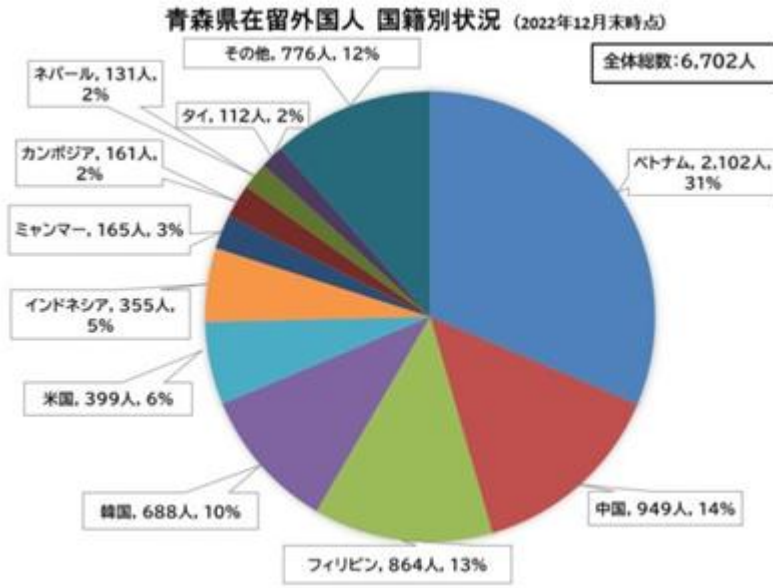


図1 青森県在留外国人の国籍別状況

また、図2「青森県在留外国人国籍別の推移」のように、上位10か国で見ると、「韓国」以外はすべて増加しており、特に「ミャンマー」(200%)「インドネシア」(113.9%)の増加率が高くなっている。

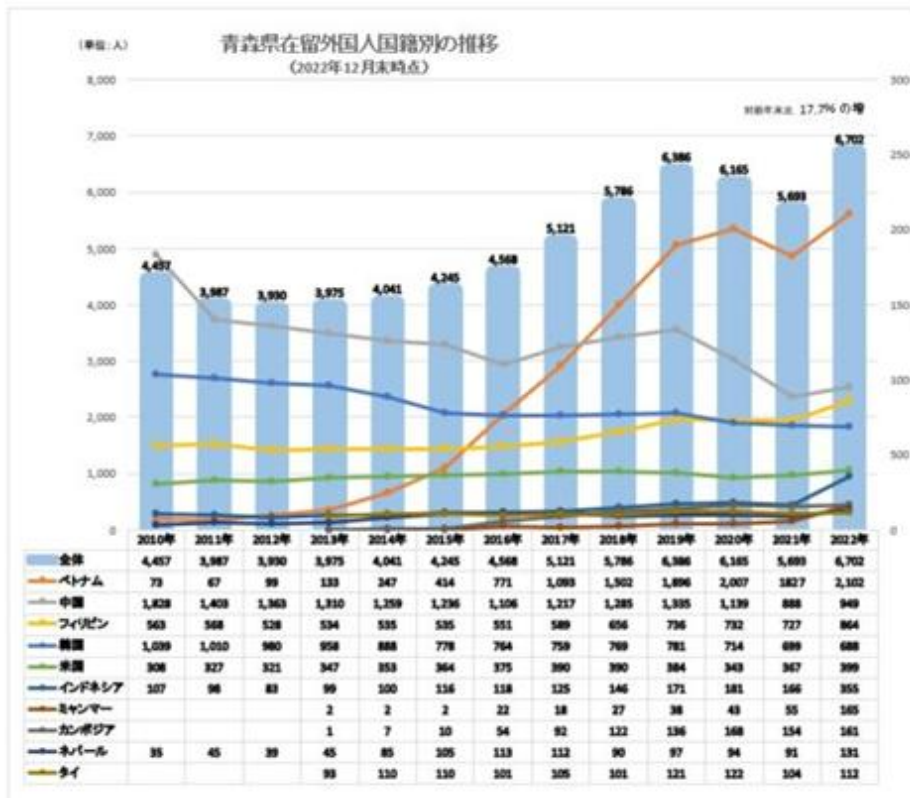


図2 青森県在留外国人国籍別の推移

2) 青森県の外国人対応状況

在留外国人および訪日外国人が徐々に増えてきたことから、医療の現場での外国人対応も増えてきている。その中で、医療現場にどのようなサポートができてきているのか調べた。

公益財団法人青森県国際交流協会では、2020年より「青森県外国人相談窓口」を開設し、日本語、英語、ベトナム語、中国語、タガログ語、インドネシア語で相談できる曜日と時間を決めて、対応できるようになった。他の言語は翻訳機を使って対応している。青森県では、対面相談、3者通話相談、オンライン相談という形をとっている。3者通話相談とは、AIEA（青森県相談窓口）の通訳相談員が電話で相談者から相談を受け、関係機関（市役所、保健所、学校など）に通訳する形をとっている。ただし、医療現場への通訳（医療通訳）の対応までは十分にできておらず、「健康のこと、病院に行きたいなど」という大きな枠で対応しているようである。「関係機関と協力して必要な情報を提供し、解決できる用のお手伝いします。」というのが基本であり、専門的なところまでは対応できないのが現状である。

青森県内の日本語支援団体や日本語教室、国際交流団体でも、ボランティア通訳の派遣を対応しているところもあるが、医療の現場で対応できるシステムのできた、医療通訳としての派遣は皆無である。保証や誤訳の問題などを抱えた医療の現場には、簡単に派遣できないという現状があるといえる。

3) 医療現場の言語対応状況

「厚生労働省多言語ツール」のサイトを活用し、各都道府県が示している医療機関と多言語対応診療科、対応言語、医療通訳活用状況、翻訳機およびアプリの使用状況等を調べた。「多言語ツール一覧」では、都道府県別に各医療機関毎に一覧となっていたため、これらを整理し、都道府県別の医療機関数がわかるように再作成した。表1「都道府県別医療機関の外国人受け入れ言語サポート状況」を参照されたい。

表1 都道府県別医療機関の外国人受け入れ言語サポート状況

| 番号 | 都道府県 | 外国人患者を受け 入れる医療機関数 | 24時間365 日対応件数 | JMIP | JIH | 医療機関 種別(病院) | 医療機関 種別(診療所) | 医療機関 種別(歯科診療所) | 外国人向け医療 コーディネーター 件数 | 医療通訳 者件数 |
|----|------|----------------------|------------------|------|-----|----------------|-----------------|-------------------|---------------------------|-------------|
| 1 | 北海道 | 46 | 7 | 2 | 2 | 32 | 14 | 0 | 5 | 13 |
| 2 | 青森県 | 6 | 3 | 0 | 0 | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 3 | 岩手県 | 17 | 1 | 0 | 0 | 12 | 0 | 5 | 0 | 4 |
| 4 | 宮城県 | 13 | 4 | 0 | 0 | 4 | 9 | 0 | 0 | 2 |
| 5 | 秋田県 | 39 | 7 | 0 | 0 | 8 | 17 | 14 | 0 | 3 |
| 6 | 山形県 | 24 | 5 | 0 | 1 | 9 | 14 | 1 | 0 | 0 |
| 7 | 福島県 | 12 | 4 | 0 | 1 | 7 | 5 | 0 | 1 | 3 |
| 8 | 茨城県 | 91 | 18 | 1 | 1 | 33 | 32 | 26 | 2 | 9 |
| 9 | 栃木県 | 33 | 9 | 1 | 1 | 19 | 12 | 2 | 0 | 3 |
| 10 | 群馬県 | 42 | 13 | 0 | 0 | 22 | 16 | 4 | 0 | 1 |
| 11 | 埼玉県 | 71 | 10 | 2 | 1 | 57 | 10 | 4 | 3 | 7 |
| 12 | 千葉県 | 33 | 11 | 3 | 2 | 26 | 6 | 1 | 6 | 6 |
| 13 | 東京都 | 444 | 43 | 17 | 10 | 58 | 236 | 150 | 44 | 76 |
| 14 | 神奈川県 | 77 | 16 | 7 | 2 | 30 | 45 | 2 | 6 | 74 |
| 15 | 新潟県 | 24 | 2 | 1 | 0 | 10 | 14 | 0 | 0 | 2 |
| 16 | 富山県 | 40 | 7 | 1 | 0 | 12 | 28 | 0 | 1 | 24 |
| 17 | 石川県 | 35 | 11 | 1 | 1 | 27 | 6 | 2 | 3 | 3 |
| 18 | 福井県 | 37 | 10 | 0 | 0 | 13 | 10 | 14 | 1 | 3 |
| 19 | 山梨県 | 63 | 1 | 0 | 0 | 17 | 22 | 24 | 0 | 0 |
| 20 | 長野県 | 23 | 17 | 1 | 1 | 18 | 5 | 0 | 4 | 6 |
| 21 | 岐阜県 | 53 | 11 | 2 | 1 | 21 | 32 | 0 | 2 | 6 |
| 22 | 静岡県 | 31 | 12 | 1 | 0 | 12 | 19 | 0 | 2 | 3 |
| 23 | 愛知県 | 47 | 10 | 3 | 3 | 16 | 6 | 25 | 3 | 10 |
| 24 | 三重県 | 109 | 12 | 0 | 0 | 28 | 51 | 30 | 1 | 10 |
| 25 | 滋賀県 | 13 | 5 | 1 | 0 | 13 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| 26 | 京都府 | 36 | 16 | 1 | 0 | 21 | 15 | 0 | 2 | 6 |
| 27 | 大阪府 | 122 | 24 | 7 | 4 | 34 | 36 | 52 | 22 | 27 |
| 28 | 兵庫県 | 27 | 3 | 1 | 1 | 13 | 14 | 0 | 3 | 5 |
| 29 | 奈良県 | 39 | 3 | 0 | 0 | 9 | 30 | 0 | 0 | 1 |
| 30 | 和歌山県 | 9 | 3 | 0 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 31 | 鳥取県 | 34 | 3 | 0 | 0 | 19 | 14 | 1 | 0 | 0 |
| 32 | 島根県 | 47 | 10 | 0 | 0 | 17 | 18 | 12 | 0 | 2 |
| 33 | 岡山県 | 22 | 10 | 2 | 2 | 19 | 3 | 0 | 7 | 5 |
| 34 | 広島県 | 26 | 5 | 1 | 1 | 18 | 8 | 0 | 1 | 3 |
| 35 | 山口県 | 24 | 7 | 0 | 0 | 14 | 10 | 0 | 0 | 2 |
| 36 | 徳島県 | 56 | 6 | 0 | 0 | 12 | 20 | 24 | 0 | 1 |
| 37 | 香川県 | 95 | 9 | 0 | 0 | 21 | 47 | 27 | 0 | 2 |
| 38 | 愛媛県 | 17 | 5 | 0 | 0 | 13 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 39 | 高知県 | 15 | 11 | 0 | 0 | 14 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 40 | 福岡県 | 42 | 12 | 5 | 3 | 31 | 4 | 7 | 5 | 10 |
| 41 | 佐賀県 | 5 | 3 | 1 | 0 | 5 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 42 | 長崎県 | 17 | 4 | 0 | 1 | 16 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 43 | 熊本県 | 36 | 12 | 0 | 0 | 20 | 9 | 7 | 1 | 1 |
| 44 | 大分県 | 14 | 6 | 0 | 0 | 11 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| 45 | 宮崎県 | 9 | 3 | 0 | 0 | 8 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 46 | 鹿児島県 | 52 | 18 | 1 | 1 | 22 | 19 | 11 | 4 | 8 |
| 47 | 沖縄県 | 16 | 10 | 2 | 0 | 12 | 4 | 0 | 6 | 6 |
| 合計 | | 2183 | 432 | 65 | 40 | 862 | 873 | 448 | 141 | 357 |

※24時間365日対応可否については、「脳外科のみ」「日によって対応不可」「夜間は現金のみ」を含む

※医療通訳者については、「不定期」「要相談」を含む

なお、JMIP (Japan Medial Service Accreditation for International Patients) とは、

「外国人患者受け入れ医療機関認証制度」のことで、JIH (Japan International Hospitals) とは、「JIH 認証機関による渡航受診者の受け入れ機関」のことである。

また、サポート体制が翻訳アプリ・翻訳ソフト対応という現場も増加し「メディフォン」が国から推奨され三者通訳などの遠隔通訳も進んでいる中、「メロン」や「ボイステラ」などのデジタル機器も利用されていた。

「メディフォン」とは、「mediPhone：外国人患者受け入れ支援サービス」のことで、日本政府の医療ツーリズムについての概要解説や検査の説明ツール、多言語対応関連の公開資料、厚生労働省や各自治体が発行する役立つ資料などをリストにまとめたものなどが示され、ダウンロードして使える。多言語診察申込書/受付用指差しシートも載せられている。「メロン」は、「MELON：外国人患者対応 医療機関向けコミュニケーション支援サービス」のことで、KONICA MINOLTA による開発で、AI を駆使した「機械通訳」と医療通訳者による「医療通訳」で外国人患者との会話を 20 言語対応でサポートしている。

「ボイステラ」は、もともとは観光用に開発された「VoiceTra：多言語音声翻訳アプリ」であるが、「救急ボイステラ」は、「救急 VoiceTra：救急現場の多言語音声翻訳アプリ」のことで、VoiceTra をベースに、消防庁消防研究センターと NICT (国立研究開発法人情報通信研究機構) が、救急隊用に開発した。通常の音声翻訳機能に加えて、救急現場で使用頻度が高い会話内容を「定型文」として登録されており、15 言語で対応している。その他に、医療専門ではないが一般的に知られている翻訳機器の「ポケトーク：小型翻訳機」なども多くの医療施設でもされ使用されている。

厚生労働省がまとめている、各地方自治体が示した「外国人受け入れ対応医療機関」の一覧を分析すると、言語対応状況の表現が統一されていないことから、その取り組みもツールも曖昧であった。例えば、院内通訳、院外通訳サービス、医療通訳、JMIP (外国人患者受け入れ医療機関認証制度) 認証機関、JIH 認証機関、オンライン・ビデオ通訳、遠隔医療通訳、三者通訳、多言語コールセンター、タブレット通訳、ポケトーク、ボイステラ、自動翻訳機などが混在していた。表現もカテゴリーもばらばらと言える。

また、調査一覧から「自動翻訳機」をテグリー化してみると、「iPad 通訳ソフト、タブレットによる医療通訳、音声翻訳、多言語音声アプリ、通訳アプリ、一般的なアプリ、7 か国対応アプリ、スマホの翻訳ソフトなど」のように、表現がそろっていないことから、理解しにくい上に正しい情報が得にくい。

同様に「遠隔通訳」とカテゴリー化してみると、「ビデオ通訳、三者通訳、多言語コールセンター、オンライン通訳など」ここでも表現は様々であった。「医療通訳」とカテゴリー化しても、「院内通訳、院外通訳サービス、医療通訳、NPO 通訳派遣など」と表現していて基準がわからない。さらに、外国人患者対応の専門部署も多種多様であり、簡単に一覧から情報を得られるものではなかった。

3. 調査方法 2

青森県内の外国人国籍の推移から使用言語の頻度を検討し、5言語対応（英語・ベトナム語・中国語・韓国語・日本語）の問診票・検査指示をモデル作成し、Google Form を活用しタブレットを用いたツールとし、臨床シミュレーションを実施して課題を明らかにした。



図3 タブレット使用の様子

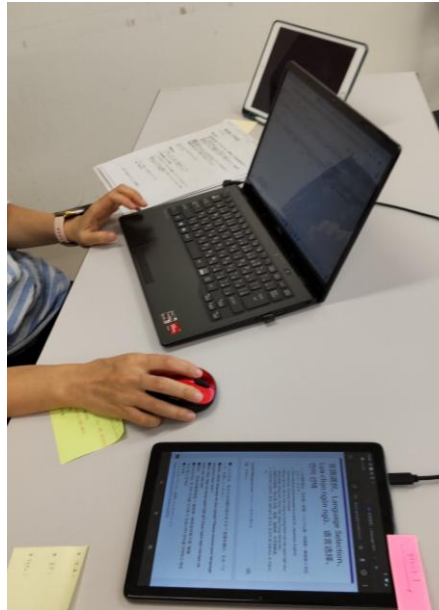


図4 スプレッドシートへの情報移動

4. 調査結果 2

医療現場の言語対応状況から、Google Form で多言語対応の問診票と検査指示等を作成しシミュレーションをした。

1) 前述の青森県内の在留外国人国籍の調査結果を分析し、使用言語を5言語対応（英語・ベトナム語・中国語・韓国語・日本語）の問診票・検査指示をモデル作成した。タブレットを用いたツールを作成し、臨床シミュレーションを実施した。その結果、以下の課題が明らかになった。

- ①受診システムの壁：「次はどこに行くのか」「誰が呼んでくれるのか」等、日本の病院システム自体の理解が困難であった。
- ②機械通訳の誤り：受診システム理解の困難さ、医療者や患者側のタブレット使用の不便さなどの課題が明らかになった。
- ③医療者側の壁：タブレットだけでは患者の診療進捗（どこまで検査が終わったか）が共有しづらい。

④環境整備の必要性：ツール単体ではなく、医療者向けマニュアルや挿絵による掲示など、現場でスムーズに使用できる環境整備が不可欠であると判明した。

そこで、タブレット使用より、スマホのアプリ対応の方が便利でスムーズであることが分かった。

5. 調査方法 3

先のタブレットによる検証結果から、新たにスマートフォンアプリ作成を検討し、患者自身がスマートフォンを利用した多言語対応アプリ開発に取り組んだ。受付から会計までのフローを一つのアプリに実装し、外国人患者が単独で受診を完結できるシステムの実用性を検証した。

6. 調査結果 3

タブレット使用の不便さや問題点が出てきたことから、患者のスマホを使用する形として、アプリを開発することとし、ノーコードアプリにより、問診票から会計での支払いまでの一連の質問及び指示をシームレスに作成した。修正を繰り返しながら作成し、5回のシミュレーションを通して、課題を解決しながら実証した。5回目は、実際に日本語が分からないベトナム人に参加してもらい、そのアプリを現場に対応できる場所を設定して、検証した。アプリで回答した結果は、医療者のパソコンのエクセルで手元のタブレットシートに送られる形とした。

1) アプリケーション開発の機能の検討

これまでの Google フォームを用いた問診票等受診支援をもとに、Vercel v0 によるノーコードアプリケーションを作成した。その際、以下の課題を検討し、機能を実装した。

①アプリケーションのデザインとカテゴリー配置の最適化。

②既存の翻訳ツール（ポケトークなど）で生じた医療用語の翻訳ミスに対応するため、アプリケーションに AI を活用した通訳機能を追加。

③スマートフォンでの利用を想定した画面設定。

④受付時の個人情報記録を円滑にするため、身分証明書などを自動で取り込む機能を追加。

⑤医療者側が外国人患者の情報を把握できるよう、外国語入力データも日本語で参照できる機能を検討。



図5 患者が使用するアプリ



図6 アプリの指示に合わせた処置

2) 評価と改善

開発したアプリケーションを研究メンバーおよび学生アルバイトに試用してもらい、そのフィードバックをもとに仕様を改善した。

- ① アプリケーションの開発では、作成済みの問診票・検査指示フォームをアプリ化し、図4のように受付から会計までの受診フロー（問診、基礎検査、各種検査、処置、処方等）を一連の流れで（表2参照）、機能実証と評価・修正を反復し実装した。

表2 シミュレーションの流れ

| | | |
|---|------|---|
| 1 | 受付 | 患者来院→QRコード読み取り→言語選択→受診目的→個人情報の入力→呼び方の確認 |
| 2 | 問診 | 問診アイコン選択→症状入力→送信 |
| 3 | 基礎検査 | 呼び出し→基礎検査アイコン選択→バイタル測定→終了→待合室 |
| 4 | 診察 | 呼び出し→診察アイコン選択→AI通訳機能を用いて診察→待合室 |
| 5 | 検査 | 呼び出し→処置アイコン選択→血液検査選択→質問の回答→血を採る→終了 |
| 6 | 診察 | 呼び出し→診察アイコン選択→AI通訳機能を用いて診察→待合室 |
| 7 | 点滴 | 呼び出し→処置/点滴アイコン選択→質問の回答→点滴→トイレボタンあり→トイレ誘導→点滴終了→待合室 |

| | | |
|---|----|------------------------|
| 8 | 処方 | 呼び出し→処方アイコン選択→処方箋渡す→了解 |
| 9 | 会計 | 会計アイコン選択→内容確認→了解 |

②臨床シミュレーションの実施では、実際の臨床現場を想定し、ベトナム人の協力者によるアプリ検証を実施した。一覧の流れが分かりにくいことから、医療スタッフと患者が見てわかるようにマニュアルを作成し、シミュレーションで検証した。

③アプリのレイアウト・UIの課題と改善が必要であった。例えば、文字サイズの拡大、ホームボタンの視認性向上、翻訳ボタンのデザインを直感的に伝わるよう修正

④AI通訳機能の評価と改修では、翻訳精度は概ね良好だったが、ベトナム語特有の課題（人称代名詞（主語）が複雑）があり、初期設定の「性別」に連動して適切な主語で翻訳されるよう仕様を変更した。

⑤機能面の不具合があった。写真自動取り込みでは、身分証などの画像が正しく読み取れないエラーがでたため修正を重ねた。

⑤AI通訳機能:では、診察時の通訳において、日本語の音声機能が機能しない点に問題があった。また、マニュアルと実際の流れでは、ずれが生じたところがあり修正した。また音声認識に関しては、使う側の技量が問われており、簡潔にクリアに話すことが必要であった。



図7 言語選択の画面



図8 ホーム画面



図 9 受付の基礎情報

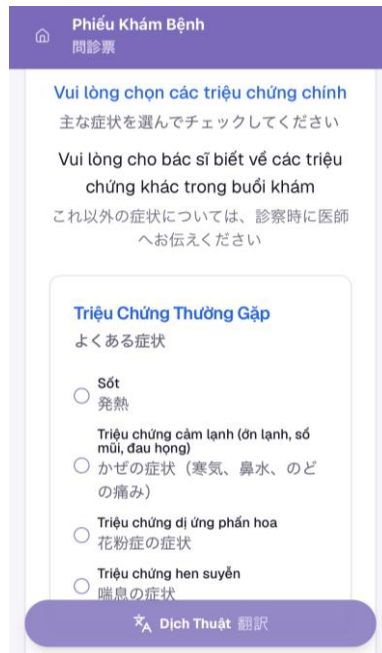


図 1 0 問診票の一部



図 1 1 診察時の画面



図 1 2 翻訳機能を使った例



図 1 3 検査の指示



図 1 4 処置の時の質問



図 1 5 処置の指示 1.



図 1 6 処置の指示 2.

IV. 考察

各都道府県で多言語対応による診療ができる病院は、大病院が多く総合診療がベースになっていた。また国際交流協会および通訳派遣団体等のサポート状況からみても、大病院

への通訳派遣が主流となっていた。しかし、大病院中心に出されている公的な資料は、必ずしも使いやすいものではない。特に「クリニックや診療所で活用できる情報」には、視点と項目の変換が必要であった。

国内では診療所も多言語対応しているが、全体から見ると少ない。「厚労省外国人向け多言語説明資料一覧」も、大病院用にできているので、ツールが病院中心に作られていて、必ずしも個人の診療所やクリニックでは使い勝手がいいものではない。つまり「クリニックや診療所で活用できる情報」には、視点と項目の変換が必要であり、そのまま使用できる資料とはいえない難かった。

結果で示したように、サポート体制が翻訳アプリ・翻訳ソフト対応という現場も増加し、デジタル機器も利用されているが、専門性の問題、誤訳の問題、保証の問題など今後の課題も多いと思われる。しかしながら、医療コーディネーターや通訳手配の体制が難しい地域や、クリニック・診療所などの医療機関において活用しやすい双方向で即効性ある言語サポートツールを検討する必要があった。

本研究で実施した、ノーコードによるアプリケーション作成を用いることで作成過程が簡便になり、そのため検証や修正に時間的な短縮ができ、予算的にも抑えられて本開発に取り組むことが可能となった。アプリに活用は、タブレットと異なり患者にとって使いやすく、必要に合わせて戻ることができた。また、自分の時間で進められるので、精神的負担は少なく、自分の言語を使用できることから安心感につながると思われる。アプリ内での表記は、外国人患者が分かりやすい言語を選べる上に、日本語の両言語表記になっているので、分からないことが出て来ても、医療者に見せることで両者が理解できるところが、医療現場をスムーズに運ぶことができるツールと言える。また、アプリ使用の途中で、どう伝えていいか分からなかったときでも、音声による翻訳機能も常備したことで、混乱を防ぐことができるように設定した。

受付から問診、基礎検査、診察、処方や会計まで、対応できるアプリなので、それぞれを担当する医療者も、患者同様にアプリを理解しておく必要があり、そのための操作マニュアルガイドを作成し、患者も医療者も同時にわかる形をとっている。双方の言語が併記されていることから、どこで患者が困っているのかもアプリを見るとすぐにわかる形であり、シームレスに使用できる。ただし、医療者には一度、全体を見てもらい、触ってもらえることが一番効果的だと思われることから、全体のマニュアルガイドの他に、今後、5分位の動画で本アプリの流れが分かるように作成し、あらかじめ見てもらう形を検討している。

開発したアプリケーションの機能は、外国人患者および医療者の双方がどこまで臨床現場の現状に即して活用できるか、今後、さらに検証していく必要がある。外国人と医療者による実際のデモンストレーションを多言語で実施し、使用上の課題を見つけ出し、アプリケーションに反映させていきたい。

V. おわりに

本研究を通して、外国人患者が単独で受診を完結できる可能性が確認できた。今後は、実際のクリニックにおける実機検証を実施し、社会実装に向けた効果検証を進めるとともに、医療スタッフへのアプリ操作の訓練も必要と思われる。マニュアルに沿って誰もが使用できるようになれば、将来的にクリニックや診療所で活用できるようになると願っている。

VI 参考文献

Hirono Ishikawa, Masato Eto, Kiyoshi Kitamura, Takahiro Kiuchi(2014) Resident physicians' attitudes and confidence in communicating with patients: A pilot study at a Japanese university hospital. *Patient Education and Counseling* 96. 361-366.

Kawauchi Kie, Ogasawara Mellisa(2015) The Language Barrier in Healthtcare Settings in Regional Japan: Assessing the Need for Trained Medical Interpreters, *Kyushu Communication Studies*, 13, 98-113.

川内規会、伊藤瑠美、大西基喜（2023）「外国人からみた医療者のヘルスコミュニケーション調査」、青森県の保健医療福祉分野におけるヘルスコミュニケーションに関する研究報告書、pp.28-48.

〔課題6〕LGBTQ+の人々の医療におけるヘルスコミュニケーション改善に向けた研究

尾崎麻理、谷川涼子、葛西孝幸、ホーン クリstoffァー、エメリ トラビス

要旨

課題6は、医療現場におけるLGBT支援の質の向上をめざし、医療従事者に対する性の多様性に関する理解促進および臨床対応力の向上を目的とした研修プログラムを検討した。本研究は、全国調査、地域調査、研修プログラム評価の3段階で実施した。

研究1では、全国の一般病床を有する医療機関を対象に、医療従事者のLGBTに関する臨床スキル尺度を用いたアンケート調査を行った。その結果、LGBTに対する「態度」の得点は高い一方で、「臨床的準備」「臨床トレーニング」の得点は低かった。さらに自認する性と「態度」との間に有意な関連が認められた。研究2では、これらの全国調査の結果を踏まえ、地域特性を明らかにし今後の研修プログラムへの示唆を得ることを目的として、青森県内の医療従事者を対象に同様の調査を行った。その結果、年代と「臨床的準備」「臨床トレーニング」との間には有意な関連が認められた。研究3では、研究1・2の結果を踏まえ、県内4医療機関でLGBT研修を実施した。研修後アンケートの自由記述の分析から7つのカテゴリーが生成され、当事者の語りや講義を通して、知識や理解が深まり、自己の価値観を見直し、実践に活かそうとする意欲につながるプロセスが確認された。これらの結果から、LGBT支援研修のガイドラインとしては、医療従事者の実践を意識した実践的学習を組み合わせたプログラムの設計が重要である。

1. 緒言

近年、ダイバーシティの概念が社会に浸透し、それに伴い性の多様性も個人の尊重すべき特性の一つとして社会的に認識されつつある。国内においても、教育、就労、法制度のそれぞれの領域において理解促進に向けた取り組みが進められており、セクシュアルマイノリティを取り巻く環境は徐々に変化している。

一方で、医療分野においては、セクシュアルマイノリティの人々が受診時に心理的負担を抱える状況が依然として指摘されており、その背景には医療従事者の理解不足や対応の困難さが存在する。このような課題は、受診行動の遅れや医療アクセスの困難さにつながり、健康格差の一因となり得ることから、医療従事者の知識および態度の向上は喫緊の課題である。特に青森県においては、平均寿命および健康寿命が全国的にみても低い状況が続いており、その背景には生活習慣や受療行動の課題がある。

これまでヘルスリテラシーおよびヘルスコミュニケーションに関する課題の関連研究に

においては、医療を受ける側へのアプローチが多くみられているが、セクシュアルマイノリティの受診行動においては、医療従事者側の支援スキルが課題として指摘されているものの、具体的な改善に向けた実践的取り組みは十分に蓄積されているとは言い難い。

以上を踏まえ、医療従事者に対する性の多様性に関する理解促進および臨床対応力の向上を目的とした研修プログラムを検討し、その効果を検証することで、医療現場におけるLGBT支援の質の向上に寄与することを目指すものである。

2. 用語の定義

セクシュアルマイノリティとは、性的少数者を指す概念である。また、LGBTとは Lesbian、Gay、Bisexual、Transgender の頭文字を組み合わせた用語である。セクシュアルマイノリティはLGBTと同義語として用いられる場合もあるが、必ずしも同一の概念ではない。本研究では用語の統一のため、以後セクシュアルマイノリティを「LGBT」として表記する。ただし、引用文献等における表記は原文のままとした。

3. 研究方法

1) 研究1：LGBT-DOCSS 日本語版尺度を用いた医療従事者の臨床スキル

(1) 目的

LGBT-DOCSS 日本語版尺度（以下、LGBT-DOCSS-JP）¹⁾を用いて、医療従事者のセクシュアルマイノリティ支援に関する臨床スキルの現状を明らかにすることを目的とした。

(2) 調査対象・方法

調査対象は、入院病床を有する医療機関に勤務する医療従事者とした。医療機関の抽出は、病院情報局ホームページに掲載されている全国の入院病床を有する医療機関を母集団とし、層化抽出法により無作為抽出した。

調査方法は自記式質問紙調査とし、各医療機関に質問紙を配布し、郵送または Web により回収した。なお、対象への質問紙の配布は各医療機関に依頼しており、配布対象者および配布数は各医療機関の判断にゆだねたため、正確な配布数は把握していない。

(3) 調査内容

調査項目は、年齢や職業等の基本属性4項目およびLGBT-DOCSS-JP（18項目）等である。

LGBT-DOCSS-JP は、LGBT に関する臨床スキルを測定する尺度であり、「態度」「基礎知識」「臨床的準備」「臨床トレーニング」の4つの下位尺度から構成される。各項目の平均得点を算出し、得点が高いほどLGBTに関する臨床スキルが高い傾向を示す。回答形式は7件法リッカート尺度であり、尺度開発者の許可を得て使用した。

2) 研究 2 : LGBT-DOCSS 日本語版尺度を用いた青森県内の医療従事者の臨床スキル

(1) 目的

LGBT-DOCSS-JP を用いて青森県内の医療従事者におけるセクシュアルマイノリティ支援に関する臨床スキルの現状を明らかにすることを目的とした。

(2) 調査対象・方法

調査対象は、調査協力の承諾を得た青森県内の 4 医療機関に勤務する医療従事者等とした。これらの医療機関に研究依頼文書および承諾書を郵送し、研究協力の同意が得られた 25 医療機関を協力医療機関とした。

調査方法は、自記式質問紙調査とし、各医療機関に質問紙を配布し、郵送または Web により回収した。

(3) 調査内容

調査項目は、研究 1 と同様とした。

3) 研究 3 : 県内医療機関における LGBT 支援研修の実施と研修プログラムの評価

(1) 目的

本研究は、医療従事者等の LGBT に対する理解増進に資する研修方法を検討することを目的とした。

(2) 調査対象・内容

対象は、LGBT 研修の実施に同意が得られた青森県内の 4 医療機関に勤務する医療従事者等とした。調査方法は、研究 1 および研究 2 の結果を踏まえて LGBT 研修プログラムを作成し、各医療機関において研修を実施した後、受講後アンケート調査を行った。

(3) 調査項目

質問項目は、「①研修時間は適切か」「②研修時期は適切か」「③研修内容は分かりやすかったか」「④研修全体の満足度」「⑤研修内容は今後の業務に役立ちそうか」の 5 項目および自由記述とした。各質問項目は 5 件法で回答を求めた。

4.結果

1) 研究 1

層化抽出法により無作為に抽出した 1,926 医療機関に依頼文書を送付し、協力を得られた 25 医療機関を協力医療機関とした。調査票は 242 件回収し、このうち回答に不備のあった 21 件を除く、221 件を有効回答とした。

対象者の基本属性では、年代では 40 歳代が 69 人 (31.2%) で最も多く、次いで 30 歳代が 55 人 (24.9%) であった。自認する性別では、女性が 162 人 (73.3%)、男性が 54 人 (24.4%) であった。職種別は看護師が最も多く 110 人 (49.8%) であった。職種につ

いては、看護師・助産師を「看護系専門職」、医師・看護系専門職以外の医療専門職を「メディカルスタッフ」、社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士を「福祉系専門職」、それ以外を「事務・その他」として5区分に分類した。その結果、看護系専門職が114人(51.6%)、メディカルスタッフが47人(21.3%)、医師が19人(8.6%)、福祉系専門職が13人(5.9%)であった。

有効回答数(n=221)におけるLGBT-DOCSS-JPの総得点および下位尺度得点(7点満点中)は、総得点平均が4.17(7点満点)であった。下位尺度は、「態度」6.14、「基礎知識」4.00、「臨床的準備」2.80、「臨床トレーニング」2.00であった。また、いずれの属性においても「態度」の得点が最も高く、次いで「基礎知識」「臨床的準備」の順であり、「臨床トレーニング」が最も低かった。

2) 研究2

調査票は、4医療機関に1,548部を配布し、郵送回答279件、Web回答95件の合計374件を回収した。このうち、回答に不備のあった29件を除いた345件を有効回答とした(有効回答率22.3%)。

年代は、30代が98人(28.4%)と最も多く、次いで40代88人(25.5%)、50代66人(19.1%)であった。戸籍上の性別は、女性が284人(82.3%)、男性が60人(17.4%)、その他が1人(0.3%)であり、自認する性についてもほぼ同様の割合であった。職種では、看護師が178人(51.6%)と最も多く、次いで作業療法士が20人(5.8%)、理学療法士が18人(5.2%)、社会福祉士が16人(4.6%)であった。

職種については、研究1と同様に、5区分に分類した結果、看護系専門職が186人(53.9%)、メディカルスタッフが78人(22.6%)、事務・その他が52人(15.1%)、福祉系専門職が24人(7.0%)、医師が5人(1.4%)であった。

LGBT-DOCSS-JP総得点は、7点満点中3.85であった。下位尺度の平均得点は、「態度」5.90、「基礎知識」3.49、「臨床的準備」2.20、「臨床トレーニング」1.49であった。

年代別にみると、20代は総得点が4.06と最も高く、下位尺度においても他の年代より高い傾向がみられたが、年代間での有意差は認められなかった。

3) 研究3

青森県で実施したLGBT研修会の参加者は、4医療機関の合計が90人であった。受講後アンケートの回収数は79件であり、回収率は87.8%であった。

各質問項目の結果は、「①研修時間は適切か」では「適切」55.1%、「やや適切」21.8%であった。「②研修時期は適切か」では「適切」59.0%、「やや適切」21.8%であった。「③研修内容は分かりやすかったか」では「分かりやすい」73.1%、「やや分かりやすい」19.2%であった。「④研修全体の満足度」では「満足」70.5%、「やや満足」

20.5%であった。「⑤研修内容は今後の業務に役立ちそうか」では「役立つ」66.7%、「やや役立つ」24.4%であった。

自由記述については、69のコンテキストを対象に質的内容分析を行い、7つのカテゴリーが生成された。分析は共同研究者間で検討し、カテゴリー分類について合意を得た。抽出されたカテゴリーは、①当事者の語りの意義の実感、②LGBTに関する知識・理解の深まり、③自己の価値観・態度の省察と再認識、④実践への意欲、⑤医療機関における組織的課題の認識、⑥具体的対応への不安、⑦研修への要望であった。特に、当事者の語りに対する肯定的評価およびLGBTに関する知識・理解の深まりに関する記述が多く認められた。

5.考察・まとめ

本研究は、医療従事者におけるLGBT支援スキルの実態把握（研究1・2）と、それを踏まえたLGBT研修の実施および評価（研究3）を通して、LGBT支援に関する臨床における研修のあり方を検討した。

まず、研究1および研究2の結果から、医療従事者はLGBTに対して比較的肯定的な態度を有している一方で、「臨床的準備」および「臨床トレーニング」は低い傾向が一貫して認められた。このことは、LGBTに関する理解や価値観は一定程度形成されているものの、それが実際の臨床実践に結びついていない可能性を示唆している。先行研究²⁾においても、性の多様性に関する教育機会の不足や、関わりたいが対応方法が分からないといった課題が指摘されており、本研究の結果はこれらを支持するものである。この背景として、基礎教育および継続教育における学習機会の不足に加え、臨床現場においてLGBTに関する教育や研修が体系化されていない現状が影響している可能性が考えられる。したがって、医療従事者のLGBT支援スキルの向上には、態度や基礎知識の習得にとどまらず、具体的な臨床場面を想定した実践的な教育・研修の体系化が重要である。

また、どの職種においても「態度」得点が高く、職種別では有意差が認められなかったことは、多くの専門職においては、「尊厳の尊重」「差別の禁止」「個別性の尊重」といった共通の価値が重視されており、これらが態度得点の高さに反映されていると考えられる。つまり、LGBT支援スキルは特定の職種に固有のものではない可能性が示唆された。一方で、本尺度が自記式であることから、専門職として望ましい態度が回答に影響した可能性も否定できない。

以上の実態と課題を踏まえ、研究3ではLGBT研修を実施し、その効果を検討した。その結果、参加者は単なる知識の習得にとどまらず、自己の価値観や言動の再省察に至っており、「知識・理解の深まり→省察・気づき→実践意図の形成」という変容過程が示唆された。特に当事者の語りは、抽象的な理解を具体的な実践イメージへと結びつける契機となっていた。また、自由記述からは、個別支援にとどまらず、相談体制や院内環境といっ

た組織的課題への認識が高まっていることが示された。このことは、LGBT 支援が個人の努力に委ねられるものではなく、医療機関全体として取り組むべき課題であることを示唆している。一方で、具体的な対応方法に関する不安や戸惑いも認められ、知識から実践への移行過程における「実装のギャップ」が存在する可能性が示された。したがって、今後の研修においては、医療場面に即した具体事例の提示、ロールプレイ、質疑応答の充実、院内の相談フローの明確化などを組み合わせることが、実践に結びつく教育プログラムの体系的整備に不可欠である。

本研究には、質問紙の配布枚数を正確に把握できていない点や、教育歴・研修経験を十分に把握できていない点といった限界がある。しかしながら、医療従事者の LGBT 支援スキルを多職種横断的に把握し、さらに研修による変容過程を示した点に意義がある。これらの知見は、今後の LGBT 研修プログラムの開発および教育体制の整備に資するものと考えられる。

6.発表

学会発表

○ホーン・クリストファー、尾崎麻理、谷川涼子、葛西孝幸、小山陽香、エメリ・トラビス：医療従事者等の LGBTQ 患者ケアに対する臨床スキルの現状～日本語版 LGBT-DOCSS 尺度を用いた一医療機関の考察～テーマ，日本ヒューマンケア科学学会第 17 回学術集会ポスター発表，2024 年 12 月，青森市。

○尾崎麻理，葛西孝幸，谷川涼子，ホーンクリストファー，小山陽香：医療従事者の LGBTQ に対する日本語版 LGBT-DOCSS 尺度を用いた臨床スキルの現状，第 27 回日本医療マネジメント学会学術総会ポスター発表，2025 年 7 月，仙台市。

○尾崎麻理、谷川涼子、葛西孝幸、ホーン クリストファー、エメリ トラビス、小山陽香：医療従事者を対象とした当事者参加型 LGBT 研修の実施と評価，日本ヒューマンヘルスケア学会第 8 回学術集会ポスター発表，2025 年 9 月，オンライン開催。

参考文献

- 1) Yusuke Kanakubo, Yoshifumi Sugiyama, Eriko Yoshida, Takuya Aoki, Rieko Mutai, Masato Matsushima, Tadao Okada. Development and validation of the Japanese version of the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Development of Clinical Skills Scale. PLOS ONE. March 27, 2024
- 2) 三部倫子：「LGBT の患者対応についての看護舞踏アンケート」結果（簡易報告書 2012 修正版）、
https://researchmap.jp/multidatabases/multidatabase_contents/detail/259573/d34495057f7ccb9e09de1d2154c088a3?frame_id=498252、アクセス 2026 年 1 月 13 日

〔課題 7〕 介護支援専門員の認知症高齢者への意思決定支援スキル獲得
に関する研修プログラムの開発

主任介護支援専門員の包括的・継続的ケアマネジメント実践に向けて

工藤英明、葛西孝幸、出貝裕子、古川照美

要旨

主任介護支援専門員が担う包括的・継続的ケアマネジメントの一環として、介護支援専門員を指導するための認知症高齢者への意思決定支援に関する研修プログラムを開発することを目的とした。はじめに介護支援専門員の主な基礎資格等の養成テキストを資料として認知症高齢者への意思決定支援の教育内容を整理した。次に主任介護支援専門員の協力を得て、継続的なエキスパートインタビューによりモデル事例等の教材と研修プログラムを検討した。さらに研修プログラムを実施し、参加者と非参加者に行動変化等の前後評価を実施した。統計的な有意差は認められなかったが、一定の効果は示された。

4. 緒言

現在、要介護認定の最も多い原因疾患は認知症である¹⁾。認知症による要介護高齢者は今後も増加することが見込まれている。地域共生社会や地域包括ケアシステム構築では地域で支える仕組みづくりや社会参加の視点、特に地域包括ケアシステム構築においては、「本人の選択」が強調されている²⁾。他方、新オレンジプランでは、認知症ケア方法等の開発や「本人主体」が重視されている³⁾。

このように、認知症の人の選択や視点が政策として強調され、認知症の人の日常生活・社会生活における意志決定支援ガイドライン⁴⁾も示され(令和7年3月改訂第2版)、令和6年1月には認知症基本法が施行されている。意思決定ガイドラインが示されて以降、国の老健事業等ではその普及と研修のあり方に関して各種調査も行われているが⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾、介護支援専門員を焦点化したものではなく、また主任介護支援専門員が担う包括的・継続的ケアマネジメントに則した内容とは言い難い。これら認知症の人を支える介護支援専門員の意思決定支援の実態は不明であったため、前プロジェクトで実態調査を実施した。

その結果から、介護支援専門員は、認知症高齢者への意思決定支援の理解不足や支援方法が曖昧であり、支援に困難を感じている実態が明らかとなった。その一方で、介護支援専門員を対象とした認知症高齢者への意思決定支援に関する研修プログラムの多くは一方的な講義に留まっており、専門職としてのスキル獲得につながっていないものと推考する。また、今般改正された介護支援専門員の法定研修の新カリキュラムには「専門職倫理」の科目内で

「意思決定支援」について触れられているが⁹⁾、法定研修新テキスト¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾を確認する限り、いずれも講義及びペーパーワークとしての演習しか位置付けられていない。また、主任介護支援専門員は、包括的・継続的ケアマネジメント事業において、介護支援専門員をどのように指導すべきか困難を感じていることが明らかになりつつある¹⁹⁾。

意思決定支援に関する研究の多くは、ACP やがんの治療等医療に関するもの、福祉領域では成年後見に関するものであり、今回の研究の焦点である、在宅で生活する認知症高齢者にかかる日常的・社会生活上の意思決定、さらに専門職としての介護支援専門員のスキル獲得を焦点化した研究はない。

本研究では、主任介護支援専門員が認知症高齢者への意思決定支援について、介護支援専門員が必要なスキルを身につけられるよう指導するための演習モデルの研修プログラムを開発することを目的とした。

モデル研修プログラムへの参加体験とその前後評価を通して、認知症高齢者の意思決定支援にかかる現状及び課題把握、主任介護支援専門員の包括的・継続的ケアマネジメントの実践のあり方について検討する。研修時の事前評価事後評価では、日常の認知症高齢者への意思決定支援を把握するために、鈴木みずえらの開発した DL-DM 尺度を参考とする²⁰⁾。

2. 研究方法

(1) 研究デザイン

本研究は以下、1)介護支援専門の主な基礎資格養成テキストの教育内容の確認を目的とする文献調査、2)教材作成と研修プログラム開発を目的とした継続的エキスパートインタビュー、3)研修実施の前後評価による効果評価の方法で実施した。

1)文献調査では、看護師・医療系(12)、認知症介護法定研修系(4)、社会福祉士・福祉系(4)等計 20 のテキストの章、節、項の目次キーワード及び教育手法等を抽出し、整理した。

2)任意に募集した主任介護支援専門員と月 1 回 2 時間、計 12 回にわたりエキスパートインタビューを通して、モデル事例及び研修教材(スライド動画、ワークシート)、工程表などを作成した。

3)2)で作成したモデル研修の参加者(以下、介入群)を、X 保険者の協力を得て、11 圏域の地域包括支援センター(対象 62 名)、居宅介護支援事業所 95 カ所(対象 265 名)にメールで案内した。介入群確定後、研修効果評価のため、調査だけを協力する非介入群を募集した。調査は①事前調査(基本項目と現状評価)、②事後調査(研修評価)、③3 か月後のモニタリング調査(現状評価)を行った。非介入群は①と③の調査を行った。調査項目は、基本項目のほか、過去の意思決定支援に関する研修受講歴とその内容、認知症高齢者への意思決定支援に係

る現状評価などとした。認知症高齢者への意思決定支援に係る現状評価は、Suzuki, et al.(2022)の開発した「認知症高齢者への日常生活意思決定支援尺度(DL-DM)」を参考とした。分析は、各単純集計、介入・非介入群の比較等、クロス集計と平均値比較を行った。

| | 介入群 | 非介入群 |
|----------------------|-----|------|
| ①事前調査(基本項目と現状評価) | ○ | ○ |
| ②事後調査(研修評価) | ○ | — |
| ③3か月後のモニタリング調査(現状評価) | ○ | ○ |

3. 結果

(1) 教育内容の文献調査

「意思決定支援」の焦点は、医療系では「終末期」、福祉系(介護・社会福祉士)では「日常的」な場面に焦点化されていた。それぞれ特徴的なキーワードとして、医療系では「ACP」、福祉系では「成年後見」が挙げられた。教育手法は、多くのテキストにおいて「講義」のための内容であり、「演習」を前提とした内容は3件で、いずれも事例などを用いたペーパーワークであった。

| No | 分野 | テキスト名 | 著者 | キーワード | 日常・終末 | 演習含む |
|----|-----------------|------------------------------|---|---------------------------------------|---------|------|
| ① | 社会福祉士 (参考書) | ソーシャルワーク実践 における意思決定支援 | 公社日本社会福祉士会.中央法 規.pp26-53.2023 | グローバル定義、倫理綱領、ICF、 マイクロ・メゾ・マクロ、循環性、 | 日常&終末 | - |
| ② | 社会福祉士 (テキスト) | ソーシャルワーク演習 | (一社)日本ソーシャルワーク教育 学校連盟.中央法規.pp35-39.2021 | 事例演習、成年後見 | 日常 | + |
| ③ | 社会福祉士 (生涯研修) | 基礎研修テキスト 2021 下 巻 | (公社)日本社会福祉士会.中央法 規.pp225-240.2021 | 価値・倫理、ガイドライン、PCC、 成年後見 | 日常&終末 | - |
| ④ | 認知症介護 | 新訂・認知症介護実践研修 標準テキスト | 認知症介護実践研修テキスト編集 委員会.ワールドプランニン グ.p37.2022 | | 日常 | - |
| ⑤ | 認知症介護 | 新訂・認知症介護実践リー ダー研修標準テキスト | 認知症介護実践研修テキスト編集 委員会.ワールドプランニン グ.p52-55.2022 | | 日常 | + |
| ⑥ | 認知症介護 | 認知症介護実践研修テキス ト・実践者編 | (一)社全国認知症介護指導者ネッ トワーク.中央法規.pp76-84.2022. | ガイドライン、プロセス | 日常&終末 | + |
| ⑦ | 認知症介護 | 認知症介護実践研修テキス ト・実践リーダー編 | 一社全国認知症介護指導者ネッ トワーク.中央法規.pp78-87.2022. | 構成要素 | 日常 | - |
| ⑧ | 看護師 | 高齢者看護学第3版 | 亀井智子、児玉敏江.中央法 規.pp130-131.338-339.2018. | ACP | 医療(非日常) | - |
| ⑨ | 看護師 | ナーシング・クラフィカ老 年看護学①高齢者の健康と | 堀内ふきほか.メディカ出版.p209- 210.2023. | 看護師の役割 | 医療(非日常) | - |

| | | | | | | |
|---|--------|----------------------------|------------------------------|--------------------|---------|---|
| | | 障害 | | | | |
| ⑩ | 看護師 | 根拠と事故からみた老年看護技術 | 亀井智子.医学書院.pp16-17.2021. | ACP | 医療(非日常) | - |
| ⑪ | 看護師 | ナーシンググラフィカ老年看護学②高齢者看護実践 | 堀内ふきほか.メディカ出版.p280-283.2023. | ACP、成年後見、PCC | 医療(非日常) | - |
| ⑫ | 看護師 | 認知症ケアガイドブック | (公社)日本看護協会.照林社.pp56-60.2016. | 倫理 | 医療&日常 | - |
| ⑭ | 看護師 | パーソンセンタードケアに基づく急性期病院の高齢者看護 | 鈴木みずえほか.日本看護協会.pp74-81.2021. | ACP | 医療(非日常) | - |
| ⑮ | 看護師 | 老年看護学第3版 | 太田喜久子.医歯薬出版.pp223-245.2023. | ガイドライン | 医療(非日常) | - |
| ⑯ | 看護師 | 高齢者看護の実践力を育てる | 坪井桂子.日本看護協会.pp24-33.2018. | 事例演習 | 医療(非日常) | - |
| ⑰ | 医療 | これからのヘルスリテラシー | 中山和弘.講談社.pp1-27.39-50.2022. | 情報、ヘルスリテラシー、ジレンマ | 医療(非日常) | - |
| ⑱ | 医療 | 患者中心の意志決定支援 | 中山和弘ほか.中央法規.pp1-36.2015. | 情報、ヘルスリテラシー、ジレンマ | 医療(非日常) | - |
| ⑲ | 医療 | 京大式臨床倫理のトリセツ | 児玉聡ほか.金芳堂.pp42-52.2023. | 看護師の役割、プロセス、代理意思決定 | 医療(非日常) | - |
| ⑳ | 福祉・障がい | 実践障がい者ケアマネジメント | 東美奈子ほか.中央法規.pp34- | 障がい、ケアマネジメント、スキ | 日常 | - |

| | | | | | | |
|--|--|----|-----------------|---|--|--|
| | | ント | 41.118-123.2023 | ル | | |
|--|--|----|-----------------|---|--|--|

(2) エキスパートインタビューにより作成したモデル研修工程表と諸教材

モデル研修の工程は、以下の通りとした。

| 時間 | 内容 | 備考 | |
|-----------------|-----------------|----------------|--|
| 13:00 | 研修・研究の趣旨説明 | 研修参加体験 研究協力 | ・案内文を用いた、研究参加への説明と同意 ・参加者個人による事前調査入力 |
| 13:10 | アイスブレイク | 研修参加体験 | |
| 13:20- 14:55 | 演習 | 研修参加体験 | ・ロールプレイによる、認知症高齢者への意思決定支援場面のよい例・悪い例の対応実践と振り返り、解説 |
| 14:55- 15:10 | 演習のまとめと ミニ講義 | 研修参加体験 | ・認知症高齢者への意思決定支援(ガイドラインのポイント) |
| 15:10 | 研修プログラムの評価 | 研究協力 | ・事後個人調査入力 ・グループワークによる研修プログラム評価 |
| 16:00 | 終了 | | |

モデル研修の内容は、主任介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメント業務を通じて、地域の介護支援専門員に対して指導できる内容とし、正味2時間の工程とした。

演習事例は2事例を用い1事例あたり40分から50分程度の設定とした。

演習事例の解説は、悪い例と良い例のパワーポイント動画を作成した。その理由は、講師役が実際に研修を主催し、寸劇のようにライブで演じる場合、当日の講師役が足りない、または意図した内容にそぐわない可能性を考慮し、統一した内容を伝えるためである。教材としての事例とシナリオ、解説、ワークシートを作成した。ミニ講義内容は、認知症高齢者への意思決定支援ガイドラインのポイント概説とした。

以下に、作成した演習資料、各シナリオと解説、ワークシート等の一部を紹介する。

モデル事例は、意思決定支援に位置づけられる意思形成支援、意思表示支援、意思実現支援の3つの場面を設定した。ワークシートは、意思決定ガイドラインに基づき良い例、不適切な悪い例を逐語録で整理できる様式とした。演習時、動画では最初に悪い例を示し、どの点が悪いかがガイドラインに照らし合わせ検討させ、その後良い例のシナリオを検討してもらった。その際にもガイドラインに基づく根拠を示してもらい、実際にロールプレイを実施してもらった。さらにその後、よいモデル例を動画で示し、振り返りを繰り返す内容とした。

演習 1 の流れ

| | | |
|--------------------|-------------------|--|
| 13:18 ~13:20 (2分) | ロールプレイ 1 | 悪い例を視聴 |
| 13:20 ~13:25 (5分) | ロールプレイ 2 | グループ内で、普段の支援内容をもとに、ロールプレイをする。 |
| 13:25 ~13:45 (20分) | グループワーク 発表 | ロールプレイ①悪い例、②素の例を踏まえ、より良くするためにどうするか。良い例をロールプレイしてもらうためどのようにするか、グループで話し合う。 グループで話し合った内容を発表 |
| 13:45 ~13:50 (5分) | ロールプレイ 3 | グループ内でよい例のロールプレイをする。 |
| 13:50 ~13:57 (7分) | ロールプレイ 4 | 良い例を視聴。 |
| 13:57 ~14:00 (3分) | 解説 | 意思決定支援に必要なプロセスについて、解説。 |

1

演習 1

テーマ：独居で認知症の人の意思表示支援（介護サービス導入編）

＜習得目標＞

- 認知症の人が自らの意思に基づいた日常生活や社会生活を送るための意思決定支援の方法を習得できる（知識・技術）
- 認知症本人が意思を表明し実現していけるよう介護サービス導入編で意思決定支援のスキルが身につけられ介護支援専門員へ指導することができる（知識・技術）

＜演習内容＞

- 意思表示支援事例（ケアマネジャーが普段良く対応している事例）に対し、日頃の意思決定支援の実践を振り返りも含め、演習（ロールプレイ）を通して意思決定支援の方法をディスカッションする。

2

演習 1

〈事例概要〉

- ・対象者 F 様 80代女性 独居、夫他界、M 様（兄）市外在住
- ・障害高齢者の日常生活自立度 J2 認知症高齢者の日常生活自立度 II a
- ・アルツハイマー型認知症の診断
- ・長谷川式 11点（2カ月ぶりに訪問し認知症が進行し点数が低かった）
- ・介護保険未申請
- ・物忘れ、取り繕いあり、サービスを望まない、施設利用を望まない

【介護保険サービス導入場面】

屋内にはごみと物が散乱している状態。

認知症の進行に伴い、食事の摂取状況不明だったり、部屋が片付けられなくなっている状況。散らかった部屋や本人の身なり（不衛生）の状況と拒否傾向な面があるため家族の介入をしてもらう。本人から家族の連絡先を聞き出し、F 様の兄（M 様）にも一緒に訪問（同席）してもらい、家族からも情報を得る。意思決定の場面にも同席してもらい一緒に支援してもらうよう協力してもらう。

3

演習 2 の流れ

| | | |
|--------------------|----------|---|
| 14:03 ~14:05 (2分) | ロールプレイ 1 | 悪い例を視聴 |
| 14:05 ~14:10 (5分) | ロールプレイ 2 | グループ内で、普段の支援内容をもとに、ロールプレイをする。 |
| 14:10 ~14:30 (20分) | グループワーク | ロールプレイ①悪い例、②素の例を踏まえ、より良くするためにどうするか。良い例をロールプレイしてもらうためどのようにするか、グループで話し合う。 |
| | 発表 | グループで話し合った内容を発表 |
| 14:30 ~14:40 (10分) | ロールプレイ 3 | グループ内でよい例のロールプレイをする。 |
| 14:40 ~14:45 (5分) | ロールプレイ 4 | 良い例を視聴。 |
| 14:45 ~14:55 (10分) | 解説 | 意思決定支援に必要なプロセスについて解説。 |

4

演習 2

テーマ：「本人の意思決定支援と家族への対応」

《習得目標》

- 家族が本人の意思決定を阻害している事例（テーマ）における意思決定支援の方法を習得できる。（知識・技術・態度）
- 認知症本人が意思を表明し実現していけるような意思決定支援のスキルが身につけられ介護支援専門員へ指導することができる（知識・技術）

《演習内容》

○家族が本人の意思決定を阻害している事例（テーマ）における意思決定支援の方法について演習（ロールプレイ等）をとおしてディスカッションを行う。

5

演習 2

《事例概要》

- ・対象者 M さん 70代 女性 要介護3
- ・夫の H さんと二人暮らし
- ・障害高齢者の日常生活自立度B2 認知症高齢者の日常生活自立度 II b
- ・HDS-R 25点
- ・脳梗塞発症後、車いす生活となり、日常生活は夫が支援。
- ・認知症の確定診断は無いが、薬を飲み忘れるなどの物忘れがある。
- ・夫が常に本人の意向を代弁している。本人より夫が先に話すため、夫の意向に M さんは影響を受ける。例）「お父さんがそういうなら・・・」

【モニタリングの場面】

リハビリ実施後、車いすに一人で移れるようになった M さんに、日常生活でできることはないか確認する場面です。

夫の H さんが、ノリノリで、「M さんではなく H さんができること」をアピールしてきます。

6

ワークシート例

| |
|------------------------|
| モデル事例1（意思表明支援） |
| ほかモデル事例(意思形成支援、意思実現支援) |

〈事例概要〉

①介護保険サービス導入場面編

| 良い例 | 留意事項 | 悪い例 | 留意事項 | 備考 |
|-----|--|-----|---|----|
| | IV - 3（1）（2）家族から情報収集と家族に関わりを促す。 | | IV-1（1）（3） 早口、且つ、本人がゆっくり検討できるための時間をとれるような配慮がない。 | |
| | III-1 これまで自分から施設の話をしてきたことはなく今まで施設の話をするのが嫌がり怒った表情することもあった。本人が考えていることや不安に思っていることを順序だてて確認した。認知症の人は、言語による意思表示がうまくできないことが多く想定されることから、意思決定支援者は、認知症の人の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行うことが求められる。 | | | |
| | IV - 2（1） まずは開かれた質問をし本人の意向を尋ねる。何故施設にはいることを考え始めたのか尋ねた。 | | IV-1（1） 本人の話を最後まで聞かずかぶせて話している。更に、以前話したことを責めるような言い方になっており、意思を表明しにくくなっている。 | |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | <p>IV-1 (1) 本人が自らの意思を表明しやすい本人が安心できるような態度で接することが必要。今まで弱気な発言はなかった。</p> <p>IV - 2 (2) 本人の意思が生活歴や価値観からみて整合性が取れているか確認する。金銭面に執着している。</p> | | <p>IV - 2 (2) 意思決定支援者の態度や言い方に配慮が全くないため、本人が意思を表明することなく怒りだしてしまう。</p> | |
| | <p>IV-1 (1) 支援の際は、丁寧に本人の意思を都度確認する。</p> | | <p>IV-2 (2) 2つの文章を話すことで混乱させている。また、早口で話しており理解しにくく焦らせるような質問をしている。</p> | |
| | <p>IV - 3 (1) (2) 本人が自発的に意思を表明できるように接し、その意思を尊重する姿勢を持つことが重要。家族(兄)の意向を確認。本人をよく知る家族が意思決定支援チームの一員。家族も本人の意思に向き合い一緒に考える。</p> <p>IV-4 社会生活の意思決定支援として自宅から施設へ住まいの場を移す。家族は施設へ行っても面倒を見ることを伝え安心感を与える。</p> | | <p>IV-1 (1)、 IV-2 (2) 困っているからと決めつけて問い詰めるような言い方になり、本人が意思を表明しにくくなっている。</p> <p>IV-1 (1) 本人の意思を尊重するような態度ではなく外出が億劫だと決めつけ煽っている。</p> | |
| | <p>IV - 2 (2) (3) 1人の寂しさと他者へ頼る気もない。また、周りに頼る人もいないとお金に執着する。今までは取り繕って風呂に入っていると話していたが本人の身振り、表情から本人の意思を確認する。表明した意思を適宜確認する。時間を置いて確認する。</p> | | <p>IV-2 本人が理解できるような工夫もなく、困っているからと決めつけて話をしたため意思決定できなくなった。</p> | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>IV-2 (1) 本人が理解しているという反応をしても、実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子を見ながら確認する。選択肢を示す場合、比較のポイントやメリット、デメリットを分かりやすく示した。</p> <p>IV-2 (2) 金銭面の執着があり、決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けなければならない。</p> | | <p>IV-2 (1) 本人が意思を形成するのに必要な見学できることや選択肢があることなどの情報を一切説明せず一方的に利用を勧めている。</p> | |
| | <p>IV-2 (2) 本人の意思は時間の経過や本人の置かれた状況によって変わるので適宜意思を確認する必要がある。表明した意思を可能であれば時間をおいて確認する。複数の意思決定支援者で確認する。本人の意思を確認し決定してもらえるようにする。</p> | | <p>IV-2 (1) パンフレットを見せるなど、本人が理解、イメージしやすいような工夫をしていない。</p> | |
| | <p>IV-3 (1) (2) 家族(兄)の意向を確認。本人をよく知る家族が意思決定支援チームの一員。家族も本人の意思に向き合い一緒に考える。</p> | | <p>IV-2 (1) 本人の意思をきちんと確認せず無視し、兄とだけ話し決めている。 また、話しを全く聞かず自分のことしか考えていない。</p> | |

(3) モデル研修の効果評価

1)基本項目

ベースラインにおける介入群は 11 名、非介入群は 12 名の計 23 名、うち主任有資格者は 12 名(介入群 7 名・非介入群 5 名)、地域包括支援センター5 名(介入群 2 名・非介入群 3 名)、居宅介護支援事業所 18 名(介入群 9 名・非介入群 9 名)、平均年齢 46.7±8.4 歳(介入群 47.3±8.3 歳、非介入群 46.1±8.8 歳)、男性 7 名(介入群 3 名・非介入群 4 名)、女性 16 名(介入群 8 名・非介入群 8 名)であった。

| | 全体 | 介入群 | 非介入群 |
|------------|------------|------------|------------|
| N | 23 | 11 | 12 |
| 「性別」 | | | |
| 男性 | 7 | 3 | 4 |
| 女性 | 16 | 8 | 8 |
| 「所属」 | | | |
| 地域包括支援センター | 5 | 2 | 3 |
| 居宅介護支援事業所 | 18 | 9 | 9 |
| 「主任有無」 | | | |
| あり | 12 | 7 | 5 |
| なし | 11 | 4 | 7 |
| 「平均年齢」 | 46.7±8.4 歳 | 47.3±8.3 歳 | 46.1±8.8 歳 |

2)過去の研修受講履歴とその内容

過去、担当する認知症高齢者への意思決定支援事例に関して、「事例検討やスーパービジョンの指導を受けた経験」は、「あり」4 名、主任介護支援専門員 12 名のうち、「事例検討やスーパービジョンの指導した経験」は、「あり」4 名であった。過去の意思決定支援に関する研修受講歴は、「あり」15 名、であり、その研修の位置付けは、法定研修 5 名、法定外研修 3 名、地域ケア会議 3 名、その他 3 名であった。受講経験の有りのうち、受講した研修実施方法は、スーパービジョン及びロールプレイを用いた演習形式 0 件であった。

①研修の位置付け

| | 介入群 | 非介入群 |
|--------|-----|------|
| 法定 | 2 | 3 |
| 法定外 | 3 | 0 |
| 地域ケア会議 | 0 | 3 |

②実施方法

| | 介入群 | 非介入群 |
|----------|-----|------|
| 講義形式 | 5 | 8 |
| 事例検討 | 2 | 0 |
| スーパービジョン | 0 | 0 |
| ロールプレイ | 0 | 0 |

3)介入群と非介入群比較

事前調査における日常生活意思決定支援尺度(48点満点)の平均は 38.2±5.1 点(介入群 37.4±4 点、非介入群 38.1±4.9 点)であった。さらに、主任資格の有無による合計平均の違いは主任有 38.8±5.8 点、主任無 37.5±4.4 点、所属機関の違いによる合計得点の平均は、地域包括支援センター41.2±3.9 点、居宅介護支援事業所 37.3±5.1 点であった。なお、モニタリング評価の回答者は 23 名中 10 名(介入群 4 名、非介入 6 名)であった。

| | 介入群 | 非介入群 |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| 平均 38.2±5.1 点(48 点満点) | 37.4±4.0 点 | 38.1±4.9 点 |
| 主任資格 | 主任あり 38.8±5.8 点 | 主任なし 37.5±4.4 点 |
| 所属機関 | 地域包括支援センター 41.2±3.9 点 | 居宅介護支援事業所 37.5±5.1 点 |

4)研修評価

回答者は 11 名中 10 名、研修評価は各項目とも 10 点満点とした。「ガイドラインを踏まえた内容か」9.1±1.4 点、「スキル獲得につながるか」9.1±1.4 点、「気づきを得たか」9.5±0.9 点、「包括的・継続的ケアマネジメントで活用できるか」8.8±1.3 点、「教材評価」9.0±0.9 点、「時間配分」9.0±1.3 点、「意識の変化」8.5±1.7 点、「満足度」9.1±0.9 点であった。

| | |
|------------------------|-----------|
| N=10/11(10点満点) | |
| ガイドラインを踏まえた内容 | 9.1±1.4 点 |
| スキル獲得につながるか | 9.1±1.4 点 |
| 気づきを得たか | 9.5±0.9 点 |
| 包括的・継続的ケアマネジメントで活用できるか | 8.8±1.3 点 |
| 教材評価 | 9.0±0.9 点 |
| 時間配分 | 9.0±1.3 点 |
| 意識の変化 | 8.5±1.7 点 |
| 満足度 | 9.1±0.9 点 |

5)前後評価

認知症高齢者への意思決定支援に係る評価は、介入群の事前評価 37.5±5.4 点に対して 3 か月後のモニタリング評価は 38.5±1.6 点、非介入群の事前評価 38.9±4.9 点に対して 3 か月後のモニタリング評価は 35.7±4.1 点であった。

| | 介入群 | 非介入群 |
|----------------|------------|------------|
| 事前評価 | 37.5±5.4 点 | 38.9±4.9 点 |
| 3 か月後のモニタリング調査 | 38.5±1.6 点 | 35.7±4.1 点 |

4. 考察

本研究では、主任介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントの一環として、介護支援専門員に対し認知症高齢者への意思決定支援スキルを指導できることを目的とした研修プログラムを開発し、その効果と課題について検討した。

はじめに、介護支援専門員の基礎資格となる医療系・福祉系の養成テキストにおける教育内容の整理から、いずれの分野においても意思決定支援は知識中心の教授内容である点が共通していた。一方で、医療系では終末期医療や ACP を主とした「非日常的場面」が、福祉系では成年後見や日常生活場面が主に想定されており、焦点化される意思決定場面には分野間で差異が認められた。このことは、生活課題を基軸とした支援を担う介護支援専門員にとって、日常生活から終末期に至る包括的な意思決定支援スキルが体系的に学習されにくい現状を示していると考えられる。

意思決定支援は、知識を理解するだけでなく、本人の反応を読み取り、言葉かけや関係性の築き方を調整するなど、実践を通して獲得されるスキルである。文献調査において、演習を前提とした教材が極めて少数であったことは、これまでの研修体系が実践スキルの獲得

に十分対応してこなかった可能性を示唆している。

次に、エキスパートインタビューを通じた教材作成過程では、主任介護支援専門員を含む実践者が、一定の支援行動を実践しているものの、その根拠をガイドラインや理論と結びつけて言語化することが難しいことが確認された。これは、実践知が体系化されにくい現状を示しており、本研究で作成した「良い例／悪い例」を対比的に検討する演習構成は、暗黙知を可視化し、後進指導に活用可能な教育資源となる点に意義があると考えられる。

モデル研修の効果評価において、DL-DM 尺度による量的評価では統計的な有意差は認められなかったものの、介入群では 3 か月後のモニタリング評価において得点の維持および僅かな上昇がみられた。一方、非介入群では低下傾向が認められており、研修参加が意思決定支援に対する意識や実践の保持に一定の影響を及ぼした可能性が示唆される。ただし、対象者数が少なく、モニタリング回答率も十分とは言えないことから、結果の解釈には慎重さが求められる。

さらに、研修評価では「スキル獲得につながる」「気づきを得た」「ガイドラインを踏まえた内容である」などの項目で高い評価が得られており、参加者の主観的評価としては、研修内容の妥当性および実践への応用可能性が高いと受け止められる。これらの結果から、短時間・少人数であっても、演習を中心とした研修構成は、従来の講義中心型研修では得られにくい学習効果をもたらす可能性があると考えられる。

認知症高齢者への意思決定支援は、多くの介護支援専門員が困難を感じている実践課題であるにもかかわらず、ロールプレイやスーパービジョンを取り入れた研修機会は限定的である。大規模研修の実施が難しいという現実的制約を踏まえると、本研究で示したように、主任介護支援専門員が自ら研修を企画・実施できる形式のプログラムを整備することは、包括的・継続的ケアマネジメント機能の強化という点からも意義がある。

本研究の限界は、対象者数の少なさ、追跡期間の短さ、評価指標が主に自己評価尺度である点が挙げられる。今後は、本教材を基盤として研修を継続的に実施し、教材内容の改善を図るとともに、対象者数を拡大した検証や質的データを含めた評価を重ねていく必要がある。こうした積み重ねにより、認知症高齢者の意思決定支援における介護支援専門員の実践力向上と、それを支える主任介護支援専門員の指導機能の明確化につながることを期待される。

文献・資料

- 1) 内閣府:令和 4 年版高齢社会白書, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/04pdf_index.html.
- 2) 地域包括ケア研究会:平成 25 年度 地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書, https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/koukai_140513_c8.pdf.

- 3)厚生労働省: 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン),平成27年1月,
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf.
- 4) 厚生労働省: 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 平成30年6月,(令和7年3月第2版改訂)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001484892.pdf>
- 5)中京大学:認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修テキスト(平成30年度厚生労働省老人保健推進費等補助金),平成31年3月.
- 6)合同会社 HAM 人・社会研究所:認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドラインの普及及び研修のあり方に関する調査研究事業報告書(令和元年度老人保健事業推進費等補助金),令和2年3月.
- 7)合同会社 HAM 人・社会研究所:認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドラインの普及や活用実態および事前の意思表示のあり方に関する調査研究事業報告書(令和2年度老人保健事業推進費等補助金),令和3年3月.
- 8)合同会社 HAM 人・社会研究所:認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドラインの普及・定着に向けた調査研究事業報告書(令和3年度老人保健事業推進費等補助金),令和4年3月.
- 9)厚生労働省老健局:介護支援専門員資質向上ガイドライン,令和5年4月.
- 10)介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会=編集/一般財団法人長寿社会開発センター:八訂 介護支援専門員実務テキスト上・下巻,2024.3.
- 11)介護支援専門員現任研修テキスト編集委員会/中央法規:専門研修課程 I ,2024.2.
- 12)介護支援専門員現任研修テキスト編集委員会/中央法規:専門研修課程 II ,2024.2.
- 13)介護支援専門員現任研修テキスト編集委員会/中央法規:主任介護支援専門員研修,2024.2.
- 14)介護支援専門員現任研修テキスト編集委員会/中央法規:主任介護支援専門員更新研修,2024.2.
- 15)遠藤英俊監修・前沢政次編集代表・4訂/介護支援専門員研修テキスト編集委員会/法研:専門研修課程 I ,2024.3.
- 16)遠藤英俊監修・前沢政次編集代表・4訂/介護支援専門員研修テキスト編集委員会/法研:専門研修課程 II ,2024.3.
- 17)遠藤英俊監修・前沢政次編集代表・4訂/介護支援専門員研修テキスト編集委員会/法研:主任介護支援専門員研修,2024.3.
- 18)遠藤英俊監修・前沢政次編集代表・4訂/介護支援専門員研修テキスト編集委員会/法研:主任介護支援専門員更新研修,2024.3.
- 19)青森県介護支援専門員協会:介護支援専門員の業務負担についての調査報告書(未定

稿)2025.3.予定.

20) Mizue Suzuki et al.(2022): Care Staff`s Daily Living Decision-Making Support Scale for Older Adults with Dementia in Japan: Development of Validity and Reliability. Int J Environ Res Public

〔課題8〕外来患者に係る外来看護職と介護支援専門員等のヘルスコミュニケーション促進ツールの検討 ～青森県における外来版介護医療連携シートの開発～

葛西孝幸、工藤英明、尾崎麻理、出貝裕子、古川照美、福井美咲

要旨

青森県では地域包括ケアシステムの推進に伴い、外来患者に対する介護医療連携の重要性が高まっている。しかし、外来看護職と介護支援専門員等の間では、連携の必要性が認識されている一方で、十分なコミュニケーションが図られていない実態が指摘されてきた。本研究では、外来患者に係る介護医療連携を促進することを目的として、3か年にわたり連携ツールの検討および運用を行った。

研究(1)では、青森県内外で公表されている介護医療連携シートを調査し、その結果を基に外来患者を対象とした「外来版介護医療連携シート Ver.1」を作成した。研究(2)では、モデル地域において同シートを試行運用するとともに意見交換会を実施し、質的分析により連携の有用性および運用上の課題を明らかにした。研究(3)では、アンケート調査を通じて連携シートの評価や職種間認識の差を定量的に把握した。その結果、連携の必要性は共有されているものの、「情報提供」と「意見交換・相談」という異なる機能を単一の様式に集約することによる負担感や活用意図の相違が示唆された。これらの結果を踏まえ、本研究では連携シート Ver.1を「情報提供用」として位置づけ、新たに双方向で活用可能な「介護医療連携シート－意見交換用－」を作成した。

本研究は、外来通院中からの介護医療連携を支える具体的な仕組みを提示し、外来患者に係るヘルスコミュニケーションの在り方を実践的に明らかにした点に意義がある。

5. 緒言

青森県では、地域包括ケアシステムの推進に伴い、外来患者に対する介護医療連携の重要性が改めて認識されている。特に、外来看護職と介護支援専門員との連携は、要介護高齢者の在宅療養を支えるうえで重要な役割を担っている。今後も要介護高齢者の増加が見込まれる中、質の高い介護医療連携体制の構築は喫緊の課題であり、令和6年度介護報酬改定においても、専門職間の連携を早期から開始することの重要性が示された。

入院期における介護医療連携、特に入院日における介護支援専門員等からの情報提供を円滑に行うためには、入院決定に関する情報を早期に把握する必要がある。そのため、入院前の段階である外来通院中から、外来看護職と介護支援専門員等との間で継続的なコミュニケーションが行われることが重要である。また、外来看護職と介護支援専門員等の連携体

制が構築されることにより、外来医療の現場での気付きや変化を早期に介護専門職につなぐ効果も期待される。

研究者らが青森県内の外来看護職および介護支援専門員等を対象として実施した2022年のプロジェクト型研究における実態調査では、外来看護職と介護支援専門員等の間で十分なコミュニケーションが図られているという認識は低い結果であった（「そう思わない」「あまりそう思わない」：外来看護職 39.9%、介護支援専門員等 53.7%）。一方で、介護医療連携を促進するためには、顔を合わせる機会の必要性（「そう思う」「少しそう思う」：外来看護職 59.6%、介護支援専門員等 81.4%）や、連絡ツールの必要性（「そう思う」「少しそう思う」：外来看護職 66.7%、介護支援専門員等 78.9%）が示唆された。

以上より、外来看護職および介護支援専門員等が介護医療連携の必要性を認識しながらも、有効なコミュニケーションが十分に行われていない実態が明らかとなった。また、両者が望む介護医療連携の促進に向けて、顔の見える関係を構築する機会や、円滑な情報共有を可能とする連絡ツールの整備が重要であることが示された。

そこで本研究では、介護医療連携を促進するためのツールとして外来版「介護医療連携シート（以下、連携シート）」を開発するとともに、外来看護職および介護支援専門員等を対象とした連携シートの改訂および運用に関する意見交換会を開催し、顔の見える関係を意図的に構築することを目的として実施した。

2. 研究方法

本研究は、3か年計画による3部構成とした。

研究（1）では、青森県内外で公表されている連携シートの調査を行い、その結果を基に外来版の連携シート Ver.1 を作成する。

研究（2）では、モデル地域において連携シート Ver.1 の運用を行うとともに、当該実務者を対象とした意見交換会を実施し、運用上の課題や意見の集約を行う。

研究（3）では、モデル地域を対象としたアンケート調査を実施し、その結果を踏まえて連携シート Ver.2 を作成すること、そして社会実装を目指すこととした。

研究（1）

①目的

青森県内外で公表されている外来における介護医療連携に関する連携シートや連携ツールの実態を把握し、その構成要素や運用方法等の特徴を整理することを目的とした。さらに、得られた知見を基に、外来看護職と介護支援専門員等のヘルスコミュニケーションを促進する外来版連携シート Ver.1 を作成することを目的とした。

②調査対象および方法

調査対象は、全国で公表されている外来に係る連携シート、連携ツール、情報共有様式等とした。調査方法として、複数のインターネット検索エンジンを用い、自治体公式ホームページ、地域医療・介護連携に関するネットワーク協議体、医師会・看護協会等の職能団体が公開している資料を対象に、網羅的な検索および文献調査を実施した。

③実施内容

収集した連携シート等について、記載項目、記載内容、対象職種、運用対象時期、運用ルール、運用マニュアルの有無等を整理・比較した。これらの調査結果を基に、外来通院中の患者を対象とした介護医療連携に活用可能な項目を抽出し、青森県の実情を踏まえた外来版連携シート Ver.1 の作成を試みた。

研究 (2)

①目的

研究(1)で作成した外来版連携シート Ver.1 をモデル地域において試行的に運用し、外来看護職および介護支援専門員等の実務者の視点から、シートの有用性、課題、改善点等を明らかにすることを目的とした。また、意見交換会を通じて、顔の見える関係構築を図るとともに、連携シート改訂に向けた意見を集約することを目的とした。

②調査対象および方法

モデル地域の検討を行い、当該地域に所在する医療機関および居宅介護支援事業所等を対象とした。調査対象者は、モデル地域において外来診療に携わる外来看護職および介護支援専門員等とし、研究趣旨を説明したうえで研究協力の同意を得た者を対象とした。

③実施内容

協力機関への研究協力依頼および説明機会を設定し、連携シート Ver.1 の運用方法について説明を行った。連携シートのダウンロードや運用状況の把握を目的として、調査協力機関が随時利用可能なオンライン環境を構築した。その後、外来看護職および介護支援専門員等を対象とした意見交換会を開催し、連携シートの使用感、課題、改善点等について意見聴取を行った。意見交換会で得られた発言内容を録音し、逐語録を作成したうえで、質的内容分析を実施し、コードおよびカテゴリの生成を行った。なお、意見交換会は事前にプログラムを作成し、共通のグループワーク項目を設定したうえで実施した(資料1参照)。

研究 (3)

①目的

研究(2)で得られた知見を踏まえ、モデル地域を対象としたアンケート調査を実施し、連携シートの有用性、操作性、今後の活用意向等を定量的に把握することを目的と

した。さらに、アンケート結果および自由記述内容を基に連携シートを再検討し、連携シート Ver.2 を作成するとともに、社会実装を目指すことを目的とした。

②調査対象および方法

調査対象は、研究（2）に協力したモデル地域の外来看護職および介護支援専門員等とした。調査方法は、無記名自記式アンケート調査とし、Google フォームを用いて実施した。

③実施内容

外来看護職および介護支援専門員等を対象にアンケート調査を実施し、得られた回答について統計解析ソフト IBM SPSS Statistics 28.0.0.0 を用いて記述統計分析を行った。また、自由記述欄については内容分析を行い、連携シートの改善点や運用上の課題に関する意見を整理した。これらの分析結果を踏まえて連携シートを改訂し、外来版介護医療連携シート Ver.2 の作成を目指すこととした。

3. 研究結果および成果

研究（1）

青森県内外における、外来患者を対象とした連携シートの運用地域または機関等について調査を実施した。その結果、青森県内において外来患者を対象とした連携シートの運用事例は確認されなかった。

一方、県外においては公表されている事例が 20 箇所確認されたが、その多くは介護支援専門員から外来担当医師や看護職等に向けた一方通行の連絡票であった。対象患者の区分は、在宅患者を対象としたものが 3 件、外来患者を対象としたものが 14 件、入院・外来の双方を対象としたものが 3 件であった。また、運用マニュアルが公開されている事例は 6 件にとどまっていた。

青森県内において統一的に運用されている介護医療連携に関するシートは、二次保健医療圏ごとに作成された「入退院調整ルール」に基づき、主に入退院時に使用される様式に限られていた。このことから、外来通院中の患者を対象とした介護医療連携を支援するツールが不足している実態が明らかとなった。

以上の調査結果を踏まえ、県内で比較的使用経験の多い「入院時情報提供シート」を基盤としつつ、県外で公表されていた連携シートの記載項目を参考に連携内容を整理した。さらに、外来段階から入院期にも活用可能なツールとすることを目指し、診療報酬における退院支援スクリーニングシートの「退院困難な要因」に関する各項目を参考として整理を行い、外来版連携シート Ver.1 を作成した（資料 2 参照）。

研究（2）

青森県内で最初となる津軽圏域入退院調整ルールを策定し、現在もその改訂・管理を担っている中津地域県民局地域健康福祉部保健総室（弘前保健所）の協力を得て、津軽地域保健医療圏の自治体にも説明機会を得て連携シート Ver.1 の研究運用を開始した。

津軽圏域入退院調整ルールは、2016 年に策定され、病院、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等が協議を重ねながら現在も改訂・運用されている。本ルールは、病院入院時および退院時における介護医療連携を主目的としており、要介護（要支援）高齢者等の入退院時の情報共有は一定程度定着している。一方で、外来通院中の患者を対象とした介護医療連携については、十分に体系化されていないという課題が存在していた。

このような背景のもと、外来看護職および介護支援専門員等を対象として、連携シート Ver.1 の運用状況の確認と、意見交換会を実施した。研究参加者は表 1 のとおりである。

表 1. 研究参加者

| | 種別 | 参加機関数 | 対象者数 |
|----|------------|---------------|---------------|
| 医療 | 病院 | 2 機関（全 19） | 外来看護職 32 名 |
| | 診療所 | 3 機関（全 134） | 外来看護職 16 名 |
| 介護 | 地域包括支援センター | 5 事業所（全 14） | 介護支援専門員等 24 名 |
| | 居宅介護支援事業所 | 24 事業所（全 133） | 介護支援専門員等 65 名 |

意見交換会の結果

研究協力機関および事業所を対象とした意見交換会には、医療機関 4 名、地域包括支援センター 9 名、居宅介護支援事業所 8 名の計 21 名が参加し、機関別の 5 グループで意見交換を実施した。逐語録を基に質的内容分析を行った結果、表 2 のようなカテゴリが生成された。

表 2. 生成されたカテゴリおよび代表コード（例）

| カテゴリ | 代表コード |
|------------------------|---|
| 介護医療連携の必要性和連携シートの有用性認識 | <ul style="list-style-type: none"> ・患者のために介護医療連携の必要性を感じている ・連携シートの活用は有効である |
| 医療側からみた運用上の課題 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員の負担増への懸念 ・カルテに保存するだけになってしまう ・返書機能や双方向性の必要性 |
| 介護側からみた情報共有の課題 | <ul style="list-style-type: none"> ・既存様式の活用でもよい ・情報提供しても読まれていないと感じる ・連携室等の医療機関内の協力体制を得たい |

これらの結果から、外来看護職および介護支援専門員等は介護医療連携および連携シートの必要性を認識している一方で、運用方法や情報活用のあり方に関する課題を抱えていることが明らかとなった。

研究 (3)

研究 (2) で明らかとなった連携シートの運用上の課題や、職種間認識の違いを踏まえ、モデル地域を対象としてアンケート調査を実施した。表 1 に示した対象者 137 名にアンケートを配布し、回収数は 40 名であった。このうち属性項目のみの回答を除いた 37 件を解析対象とした (回収率 27.0%)。解析対象者の内訳は、看護職 7 名、介護支援専門員等 30 名であった。解析には、職種別クロス集計、 χ^2 検定、Spearman 順位相関を用いた。

本報告では、有意差を示した項目のうち、III「連携シート評価」、IV「外来患者に係る介護医療連携」、V「顔の見える関係評価尺度」に関する結果を中心に表 3 に示す。なお、解析対象数が少ないため、本結果は傾向としての把握にとどめて解釈する。

表 3. 連携シート運用評価アンケートの職種別比較 (肯定割合 (%))

| 項目 | 看護 | 介護 | p 値 | 読み取り |
|-------------------|------|------|------|--------------|
| III連携シートは使用しやすい | 20.0 | 53.3 | .004 | 介護の評価が高い |
| III連携シートの項目は適切 | 20.0 | 66.7 | .035 | 看護で項目負担を示唆 |
| IV職種間コミュニケーションは十分 | 42.9 | 3.3 | .021 | 看護が相対的に肯定 |
| IV看護→介護への情報提供 | 28.6 | 3.3 | .035 | 介護は不足感が強い |
| IVケアプラン交付の有効性 | 28.6 | 6.7 | .050 | 両者とも強い肯定は少ない |
| V他施設に気軽に聞ける | 71.4 | 36.7 | .036 | 介護は中立回答が多い |
| V地域の介護サービスがわかる | 28.6 | 70.0 | .005 | 介護が地域資源を理解 |

結果の概要

連携シートの評価に関しては、「使用しやすさ」および「項目の適切性」のいずれにおいても、介護支援専門員等の肯定的評価が看護職に比べて有意に高かった。一方で、看護職では項目数や記載負担に対する課題が示唆された。

外来患者に係る介護医療連携については、「職種間コミュニケーションが十分である」とする肯定的回答は看護職で相対的に高かったものの、「看護職から介護支援専門員への情報提供が十分である」との評価は介護支援専門員等で低く、職種間で認識の乖離がみら

れた。

また、「他施設に気軽に相談できる」「地域の介護サービスが分かる」といった顔の見える関係に関する評価項目では、職種間で異なる傾向が示された。

これらの結果から、連携シートの必要性自体は一定程度共有されているものの、運用実感や情報共有の受け止め方については職種間で差が存在することが示唆された。

以上のアンケート結果から、連携シートに対する必要性は一定程度共有されているものの、「情報提供」と「意見交換・相談」という機能が同一様式内に含まれることにより、記載負担感や活用意図の相違が生じている可能性が示唆された。そのため、本研究においては、連携シート Ver.1 を「情報提供用」として位置づけ、新たに外来看護職および介護支援専門員等が双方向で活用可能な「介護医療連携シート－意見交換用－」を作成するに至った（資料3参照）。

4. 考察

本研究では当初、外来版連携シート Ver.1 を改訂し、Ver.2 として社会実装することを想定していた。しかし、研究（2）および研究（3）の結果から、外来看護職および介護支援専門員等が連携シートに求める役割には差異があることが明らかとなった。

特に、外来という診療の場は、入退院時と異なり限られた時間内で断片的な情報が扱われやすく、また連携に対する緊急度や期待される役割も職種間で異なりやすい特性を有している。そのため、「情報提供」と「意見交換・相談」という性格の異なる機能を単一の様式に集約することは、運用上の負担感や活用意図の相違を生じさせる要因となった可能性がある。

研究（2）および研究（3）においては、連携シート－意見交換用－のように、準双方向型（選択的応答方式）のツールが望まれていることが示唆された。介護支援専門員等の立場では、情報提供に加えて「回答希望の有無」を明確に示したいというニーズがあり、一方で医療側では、必要時のみ簡潔に対応できる仕組みが求められていた。また、回答方法についても記載、電話、FAX 等を選択可能とすることの必要性が示された。

これらの結果を踏まえ、本研究では、連携シート Ver.1 を「情報提供用」として位置づけ直し、併せて外来看護職および介護支援専門員等が双方向で活用可能な「介護医療連携シート－意見交換用－」を作成するに至った。この判断は、連携を単なる情報伝達にとどめず、顔の見える関係を基盤としたヘルスコミュニケーションを促進するための現実的な対応であったと考えられる。

現段階では、意見交換用シートの作成にとどまり、十分な社会実装には至っていない。今後は、外来・在宅医療への移行が進む社会的背景を踏まえ、これらのツールの運用検証を重ねることで、外来患者に係る介護医療連携がより円滑に行われる仕組みの構築を目指し、研究を発展させていく必要があると考えている。

5. 総括

本研究において、連携シート自体への評価は介護側で高く、一方で看護側では「使いやすさ」や「項目の多さ」が導入・運用上の障壁となりうることが示唆された。このことから、連携ツールには網羅性のみならず、医療側が限られた時間の中でも活用可能な簡便さと、受け取り側が情報をどのように活用するかというルールの特明確化が求められることが明らかとなった。また、連携の十分性や情報提供に関する自己評価は看護側で高い一方、介護側では不足感が目立ち、職種間で情報共有に対する認識の差が存在することが示された。介護側が連携シートや地域介護サービスの理解を高く評価していた点からは、生活全体を捉える網羅的な情報の共有が重視されている可能性が考えられた。

本研究では、青森県における外来患者を対象とした介護医療連携の実態と課題を明らかにし、3か年を通して連携ツールの検討および運用を行った。その結果、従来の入退院時連携を中心とした枠組みに加え、外来通院中の段階から介護医療連携を支える具体的な仕組みを提示することができた。さらに、「情報提供」と「意見交換・相談」という異なる連携機能を整理し、それぞれに対応したツールを提示したことは、外来患者に係るヘルスコミュニケーションの在り方を具体化する実践的知見であったと考える。

謝辞

本研究の実施にあたり、モデル地域における中南地域県民局地域健康福祉部保健総室（弘前保健所）をはじめ、医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の外来看護職および介護支援専門員等の皆様に、多大なるご理解とご協力を賜りましたことに深く感謝申し上げます。また、本研究の推進および調整に際しご支援をいただいた関係機関の皆様に、心より御礼申し上げます。

6. 参考文献

- ・厚生労働省老健局（2024）「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001230329.pdf>
- ・大西基喜（2023）『令和2年度～4年度青森県立保健大学プロジェクト型研究 青森県の保健医療福祉分野におけるヘルスコミュニケーションに関する研究 研究報告書』令和5年3月。
- ・中島直美ら（2018）「A病院内科外来での在宅療養支援が必要な患者を把握するために～在宅療養患者『かかわりきっかけシート』を作成して～」『北海道看護研究学会収録』142-144。
- ・山田佐登美（2016）「その人らしい生活の実現のために地域包括ケアシステムに期待される看護の役割と能力」『日本糖尿病教育・看護学会誌』第20巻第1号、111-115。

- ・厚生労働省医政局看護課（2003）「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html>
- ・福井小紀子（2014）「『在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度』の適切性の検討」『日本在宅医学会雑誌』第16巻第1号、5-11.
- ・藤田淳子、福井小紀子、池崎澄江（2015）「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発」『厚生指標』第62巻第6号、1-9.
- ・鈴木優花、田高悦子、伊藤絵梨子、有本梓、大河内彩子、白谷佳恵（2018）「在宅医療における看護職間の『顔の見える関係』評価の実態と関連要因の把握」『日本地域看護学会誌』第21巻第2号、49-57.
- ・青森県（2024）「青森県健康福祉関係施設名簿（令和6年4月1日現在）」
<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/kkenkofu/smeibo.html>
- ・青森県（2024）「医科診療所名簿（令和6年4月1日現在）」
<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryo/imumeibo.html>
- ・青森県（2024）「津軽圏域における病院とケアマネジャーの入退院調整ルールの手引き（令和6年3月改訂）」
<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenmin/hi-hoken/nyutaiinru-ru.html>

資料1. 意見交換会プログラムおよびグループワーク使用資料

意見交換会

■プログラム

| 時間 | 内容 |
|-------------|---|
| 13:00～13:30 | 受付 |
| 13:30～14:00 | 講義 ・外来患者に係る外来看護職と介護支援専門員等のヘルスコミュニケーションの実態報告（2022年度調査結果） ・外来版介護医療連携シートの開発に至った経緯と概要 |
| 14:00～15:00 | グループワーク ※職種別に構成予定 ・外来版介護医療連携シートの各項目の改定・運用ルールについて |
| 15:00～15:30 | 全体共有 |

グループワークメモ用紙

| | |
|--------------------------------------|--|
| グループ番号 | |
| 1. 外来版介護医療連携シートを活用する機会があったか／いつ使用したか | |
| | |
| 2. 外来版介護医療連携シートの各項目について | |
| | |
| 3. 外来版介護医療連携シートの運用ルールについて | |
| | |
| 4. 外来版介護医療連携シートの活用によって介護医療連携を推進できそうか | |
| | |
| 5. 外来看護職等と介護支援専門員等の介護医療連携上での課題は何か | |
| | |
| 6. 意見交換会の定期開催にはどのような効果があると思うか | |
| | |
| 7. 意見交換会の開催日時・曜日の希望について | |
| | |
| 8. その他 | |
| | |

時点

外来版介護医療連携シート

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 から 医療機関へ)

- 情報提供用 -

< 情報提供元 >

< 情報提供先 >

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| ご担当者様 | |



| | | | |
|------|--|-----|--|
| 事業所名 | | | |
| 担当者名 | | | |
| 電話番号 | | FAX | |

※私が担当です。以下の方につきまして、現在の情報を提供させていただきます。情報について、随時更新することはできませんので、ご了承ください。大きな変更があった場合は、追加で情報提供いたします。

※介護医療連携(入院予定や、サービスの変更の必要性、ご家族様に関する問い合わせ等)が必要な際には、ご連絡いただきますようどうぞよろしくお願い申し上げます。

| | | | | | | | |
|------------|--|--------------------------|---|--------------------------|---|----|--|
| 氏名 | | 生年月日 | | 年齢 | 歳 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他 |
| 住所 | | | | 電話 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 住所 | | 続柄 | 電話番号 | | |
| | | | | | | | |
| 家族構成図・家族背景 | | 住環境 | <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(<input type="checkbox"/> 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名:) | | | | |
| | | 在宅主治医(歯科医含) | 医療機関名: . . . 受診方法: <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| | | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 認定有() <input type="checkbox"/> 総合事業 認定期間: (~) <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| | | 既往歴 | | | | | |
| サービス利用状況 | <input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(日/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| その他社会資源 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 愛護手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 手当受給() <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 外来診療に係るADL | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | わかる範囲で記載する | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:(とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付) 調理: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 服薬管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 残薬多い <input type="checkbox"/> 誤服用(疑) <input type="checkbox"/> 一包化要検討 <input type="checkbox"/> 支援者無 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 温泉等 <input type="checkbox"/> 通所等(<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 入浴していない | | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 自宅トイレ:(<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式) | | |
| BPSD等 | <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意志疎通困難 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 生活上の課題 | <input type="checkbox"/> 生活困窮者であること <input type="checkbox"/> ADL低下、生活様式の再編必要 <input type="checkbox"/> 排泄に介助を要する <input type="checkbox"/> 家族又は同居者からの虐待疑い <input type="checkbox"/> 介護を十分に受けられない <input type="checkbox"/> 低栄養状態が見込まれる <input type="checkbox"/> 児童等(ヤングケアラー)から日常的に介護されている <input type="checkbox"/> 家族が認知症・精神疾患あり <input type="checkbox"/> アドバンス・ケア・プランニング(ACP:人生会議)が行われていない <input type="checkbox"/> セクシャリティに関すること <input type="checkbox"/> 身寄りがないもしくは関与拒否 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 連絡事項 | ※感染症・生活状況・家族状況・意向等や、上記チェック項目についても詳細を追加する必要があるれば記載する | | | | | | |

資料 3. 介護医療連携シート - 意見交換用 -

| 介護医療連携シート - 意見交換用 - | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|---------|---------|--|--|--|-------|-------|---------|---------|---------|
| <p><問い合わせ先(受け手)></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">事業所名:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">担当者名:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">F A X :</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">e-mail:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">持 参 : <input type="checkbox"/> 窓口へ持参の場合にチェック</td></tr> </table> | 事業所名: | 担当者名: | F A X : | e-mail: | 持 参 : <input type="checkbox"/> 窓口へ持参の場合にチェック | | <p><問い合わせ元(送り手)></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">事業所名:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">担当者名:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">T E L :</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">F A X :</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">e-mail:</td></tr> </table> | 事業所名: | 担当者名: | T E L : | F A X : | e-mail: |
| 事業所名: | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名: | | | | | | | | | | | | |
| F A X : | | | | | | | | | | | | |
| e-mail: | | | | | | | | | | | | |
| 持 参 : <input type="checkbox"/> 窓口へ持参の場合にチェック | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名: | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名: | | | | | | | | | | | | |
| T E L : | | | | | | | | | | | | |
| F A X : | | | | | | | | | | | | |
| e-mail: | | | | | | | | | | | | |
| <small>※回答手段は受け手に依存するため送り手は FAX、e-mail、TEL の全てを記載すること</small> | | | | | | | | | | | | |
| <p>▶問い合わせ患者／利用者</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">氏 名:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">生年月日:</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">住 所:</td></tr> </table> | | | 氏 名: | 生年月日: | 住 所: | | | | | | | |
| 氏 名: | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日: | | | | | | | | | | | | |
| 住 所: | | | | | | | | | | | | |
| <p>▶問い合わせ事項</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | |

上記、問い合わせ事項につきまして、回答します。

年 月 日

▶回答方法

TEL FAX e-mail 対面

※回答方法が TEL や対面の場合であっても▶回答内容に記録することをお勧めします

▶回答内容

| |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> 直接説明しますので予約のうえ当院へお越しく下さい (担当部署: 担当者: TEL:)</p> <p><input type="checkbox"/> 回答は以下のとおりです</p> |
|---|