

# 看護師が捉えるがん患者・家族のヘルスリテラシーと意思決定支援

Recognition of nurses about health literacy and decision support of cancer patients and families

岩月 すみ江<sup>\*1</sup> 小野 善昭<sup>\*1</sup> 本吉 美也子<sup>\*2</sup> 池田 正子<sup>\*1</sup>

Sumie Iwatsuki, Yoshiaki Ono, Miyako Motoyoshi, Masako Ikeda

キーワード：情報リテラシー、ヘルスリテラシー、がん看護

Key words : information literacy, health literacy, nursing for cancer patients

## 要旨

目的：がん患者・家族の看護に携わる看護師が、がん患者・家族のヘルスリテラシーをどのように捉え、意思決定のための情報支援をしているのか明らかにする。

方法：B市内の6施設、12人の看護師を研究協力者とし半構造化インタビューによるデータ収集とM-GTAを分析に用いた質的研究を行った。

結果：20の概念と6カテゴリーが生成された。看護師は、患者・家族の〈情報の非対称性〉、〈無効な情報収集〉を認識し、それらに対して〈適切な情報支援の実践〉に務めていた。日常の看護実践を支える看護師自身の情報に対する姿勢としては、日々の看護実践につながる情報収集や知識の更新が重要であると認識していた一方で、情報の吟味や信頼性の確認等は主体的になされていないことが明らかになった。

結論：看護師は、患者・家族と医療従事者間の情報の非対称性を認識した上で、個々に応じた情報提供を実践し、患者の価値観や思いを尊重した情報支援が必要であることを認識していた。

\*1 札幌保健医療大学 保健医療学部 看護学科 Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo University of Health Sciences

\*2 名寄市立大学 保健福祉学部 看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Nayoro City University

## 1. はじめに

ヘルスリテラシーに関して様々な定義が存在するが、おおむね自らの健康を保つためにあるいは健康を取り戻すために必要な情報を得て使いこなすための能力とされている<sup>1,2)</sup>。療養生活において必要な時に必要な情報を入手でき、それらの情報を吟味し、納得のいく選択が行えるか否かは、その後の人生や生活に大きな影響を及ぼす。がん医療に関する選択肢は多く、診断から治療、療養生活までの全過程の中で情報を集め、吟味し、選択するということを繰り返し行っていくなくてはならない。がん対策基本法にはいくつかの柱があるが、がん情報の発信や利用に関するものがあり<sup>3-5)</sup>、がん情報の発信に関する研究の推進が盛り込まれ、患者・家族・市民のよりよいがん情報の利用を目指して、がん情報の積極的な発信が国の施策として行われてきた。例えば、がん診療連携拠点病院におけるがん相談支援室での相談業務や、インターネット上におけるがん情報のコンテンツの推進といった事業展開が行われ、患者・家族が情報にアクセスしやすいようになってきている。

がん患者・家族は療養の過程の中で様々な決断・選択を繰り返していく。そのため、情報ニーズは幅広くかつ長期的であるが、インターネット上のがん情報は真偽の不明確な情報もあり、情報量の多さに比例して、情報を吟味し取捨選択を各々で行っていくなくてはならない。情報を適切に収集し、吟味、選択するためにはヘルスリテラシーが必要であるが、医療のような専門性の高い分野では情報の非対称性が著しく、患者・家族が適切な情報を取捨選択していくのは困難といえる。また、専門用語ばかりで確率的な情報だけではなく、個人の体験などのナラティブな情報のニーズもあり、患者・家族の価値観や健康期に応じて個別的な様態をみせる。

人的資源によって情報提供がなされる代表的な形態としてはがん相談支援室がある。こう

いった場では、施設によって相談に対応する職種が様々であること、相談に予約が必要なことなどの課題がある。施設内では医療費やセカンドオピニオン等、個別にじっくりと対応できる場であっても、がん患者・家族が欲しい情報をタイムリーに提供できるシステムとは違う性質のものである。日常的で、かつ、簡単にタイムリーに情報にアクセスできるインターネットなどの方法と組み合わせて活用されることが望まれる<sup>6)</sup>。

平成29年度のインターネット人口普及率は83.5%となり、年齢階層別では60歳以上の利用率の低下はあるものの13歳～59歳まで9割を超えた<sup>7)</sup>。インターネットが普及し、情報を簡単に得ることができるようになり、非罹患時には使用しないが、罹患後は重要な情報源としてインターネットを使用している人の割合が高くなると報告されている<sup>8,9)</sup>。一方で、インターネット上には「がんに効く」「がんが治った」などという見る者を混乱させる情報も多い。“肺癌”でインターネット検索したところ、上位50までのサイトに正しい情報が掲載されている割合は5割にも満たなかったという報告もあった<sup>10)</sup>。

医療は提供する側と消費する側では情報の非対称性が著しい分野である。医療を提供する側は、一般論はもちろん個々の病状に応じたリスクとベネフィットを予測することができる。一方で、消費する側は非日常的な出来事であり、難解な医学用語の理解から始めなくてはならないため、身近な医療職である看護師が患者のヘルスリテラシーを支援することの意味は大きいと考える。これらに対する国内の先行研究では、がん患者・家族の情報収集やニーズについての報告はあるものの<sup>11-14)</sup>、ヘルスリテラシー向上のための介入について報告された研究はなかった。また、看護師のヘルスリテラシーについて報告された研究<sup>15,16)</sup>は少数で、コンピューターリテラシーに関する報告<sup>17-20)</sup>が多かった。

患者・家族が膨大な情報の中であって混乱することのないよう、身近な医療職である看護

師が情報ニーズを引き出し、その真偽の見分け方や信頼できる情報へのアクセス等を支援することの意味は大きい。またその過程の中で患者・家族のヘルスリテラシーの向上に寄与できるのではないかと考えた。よって本研究では、がん患者・家族の看護に携わる看護師が、がん患者・家族のヘルスリテラシーをどのように捉えているのか、療養中での意思決定や情報支援について探索的に現象を明らかにしたいと考えた。

## II. 目的

がん患者・家族の看護に携わる看護師が、がん患者・家族のヘルスリテラシーをどのように捉え、意思決定のための情報支援をしているのか明らかにする。

## III. 方法

### 1. 研究デザイン

がん患者・家族の看護に携わっている看護師の語りによる質的記述的研究デザインで、分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）<sup>21)</sup>を方法論として採用した。その理由としては、健康問題や生活問題を抱えた人々に専門的に援助を提供しているヒューマンサービス領域に強く、サービスが行為として提供され、かつ、対象も行為で反応する直接的な社会的相互作用を明らかにするのに適しているためである<sup>22)</sup>。

### 2. 用語の定義

- 1) ヘルスリテラシー (health literacy) : ヘルスプロモーションにおける一つのコア概念であり、情報リテラシーに含まれる。健康情報を獲得し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力であり、それによって、日常生活におけるヘルスケア予防、ヘルスプロモーションについて判断したり意思決

定したりして、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができる力

### 3. 研究協力者

病棟で日常的にがん患者・家族の看護に携わる看護師を研究協力者と定めた。研究者らがアクセス可能なB市内の6病院に研究協力を依頼し、看護部を介して研究協力者を募集した。テーマに関わる分野の専門看護師・認定看護師は対象外としたがその理由は、情報リテラシーについては一定の能力があると推測することと、がん患者・家族が接するのは専門看護師・認定看護師以外の看護師が圧倒的に多く、日常的に接する看護師の現状を明らかにすることが必要だと考えたからである。また、看護師としての経験年数が概ね3年以上の者とした。また、追加段階的にデータ収集を行い、継続的比較分析を通して理論的飽和を図るため10名程度を計画し、最終的に12名の研究協力者を得た。

### 4. 調査内容

2013年9月～12月

### 5. データ収集方法

インタビューガイドを作成し、半構造化インタビューを行った。インタビュー内容は「がん患者・家族のヘルスリテラシー、情報支援の実際」、「日々の看護実践中での研究協力者自身の情報リテラシー」の2点を主なインタビュー視点とし、それぞれについて研究協力者に自由に語ってもらい、都度補充質問を行った。

インタビューは1名につき1回とし、インタビュー前後の説明を含め60分以内とした。また、研究協力者の同意のもとに録音し、音声データを基に逐語録を作成、分析対象の生データとした。

### 6. 分析方法

分析はM-GTAに準拠して行った。分析テーマを研究協力者が捉えたがん患者・家族のヘルスリテラシーとそれに対する情報支援

と定め、1人目の生データを精読したあと、分析テーマに関連した文脈を抽出し、それをヴァリエーション(分析対象の1単位)とした。意味の似たヴァリエーションだけではなく解釈が恣意的に偏る危険を防ぐために対極例についてもワークシートに集約しつつ、それらを解釈し説明的概念を生成した。1人目の分析ワークシートは2人目以降も継続して使用し、具体例が追加される度に概念のフィット感を確かめながら分析作業を行った。これらのプロセスは、理論的飽和に至るまで継続的に比較分析を行った。さらに概念相互の関係を結果図に描画しながら検討し、複数の概念からなるカテゴリーを生成した。最後に結果図に描かれた事象をストーリーラインで説明した。また、M-GTAに精通しているスーパーバイザーの指導のもと、ヴァリエーションと概念の一致を確認・検討し分析妥当性を確かめながら作業をすすめた。

## 7. 倫理的配慮

研究の各段階において、日本看護協会が作成した『看護研究における倫理指針』に準拠して実施した。

研究協力の依頼に際しては、研究の趣旨を文書と口頭で説明した。特に、研究協力者の自由意思に基づく自発的参加を保証し、協力を拒否した場合でもなんらの不利益をうけることなく、研究途中でもいつでも辞退できること、個人が特定されないようにすること、インタビューによって知り得た事例及びプライバシーについて情報を漏洩しないこと等を保障した。依頼時、インタビュー前、インタビュー後の都合3回にわたり説明・確認した。

インタビュー時には内容を録音すること、録音データや分析ファイル等は研究中鍵のかかるキャビネットに保管し、研究終了後3年経過した後録音データ、分析ファイルを破棄すること等も併せて文書と口頭で説明し、書面にて同意を得た。なお、本研究は札幌保健医療大学倫理審査委員会の承認を得て

実施した(承認番号2013001)。

表1 研究協力者

年代	看護師経験年数	現在のケア対象	施設
30歳代	15年	婦人科、耳鼻科のがん患者	A病院
20歳代	7年	肺がん患者	B病院
50歳代	33年	消化器がん患者	C病院
30歳代	15年	消化器がん患者	B病院
30歳代	10年	肺がん、口腔がん患者	A病院
30歳代	11年	消化器がん、肺がん患者	A病院
40歳代	19年	肺がん、乳がん患者	D病院
40歳代	19年	肺がん、乳がん患者	D病院
20歳代	6年	肺がん患者	D病院
20歳代	4年	消化器がん患者	E病院
30歳代	12年	消化器がん患者	E病院
20歳代	4年	消化器がん患者	F病院

## IV. 結果

研究協力者の一覧を表1に示す。研究協力者はそのキャリアの中で継続してがん患者の看護に携わっており、経験年数は最長33年、最短4年となり、平均年数(±標準偏差)は12.9(±8.2)年であった。年齢は最高52歳、最少25歳で、平均は34.6(±7.7)歳であった。また、全員が女性看護師であった。

分析の結果、20の概念と6つのカテゴリーが生成された。カテゴリー、概念及び定義の一覧を表2に、結果図を図2に示す。本文中のカテゴリーは〈 〉、概念は《 》、概念の定義は“ ”、およびヴァリエーションの具体例を「イタリック体」で示す。

### 1. ストーリーライン

研究協力者は、患者・家族の〈情報の非対称性〉、〈無効な情報収集〉を認識し、それらに対して〈適切な情報支援の実践〉に努めていた。患者・家族の状況から《適時な情報提供》、《必要最小限の情報を判断し提供》および、《生活・セルフケアに必要な情報提供》に努め、時には《他職種専門性に期待し任す》という情報支援を行っていた。〈適切な情報支援の実践〉に努めているが、緩和ケアがより必要になる

であろう患者・家族に対する《緩和ケアの情報提供と移行支援》は難しく、〈情報の非対称性〉が要因であると捉えていた。

患者・家族らは《多様な媒体にアクセスする患者は少数》で、《意思決定に必要な情報は医療者から得る》ことが中心の在り様となっており、《情報にアクセスし吟味する余裕がない》と捉えていた。また、《潜在的情報ニードを抱えている》ことや《補完代替療法のあいまいな情報》を認識していた。情報にアクセスしても、患者・家族のおかれた状況や高齢者等では《思い込みによりずれた認識》をもっており、《吟味のない情報収集》をしていてヘルスリテラシーが低く《無効な情報収集》となっていると捉えていた。

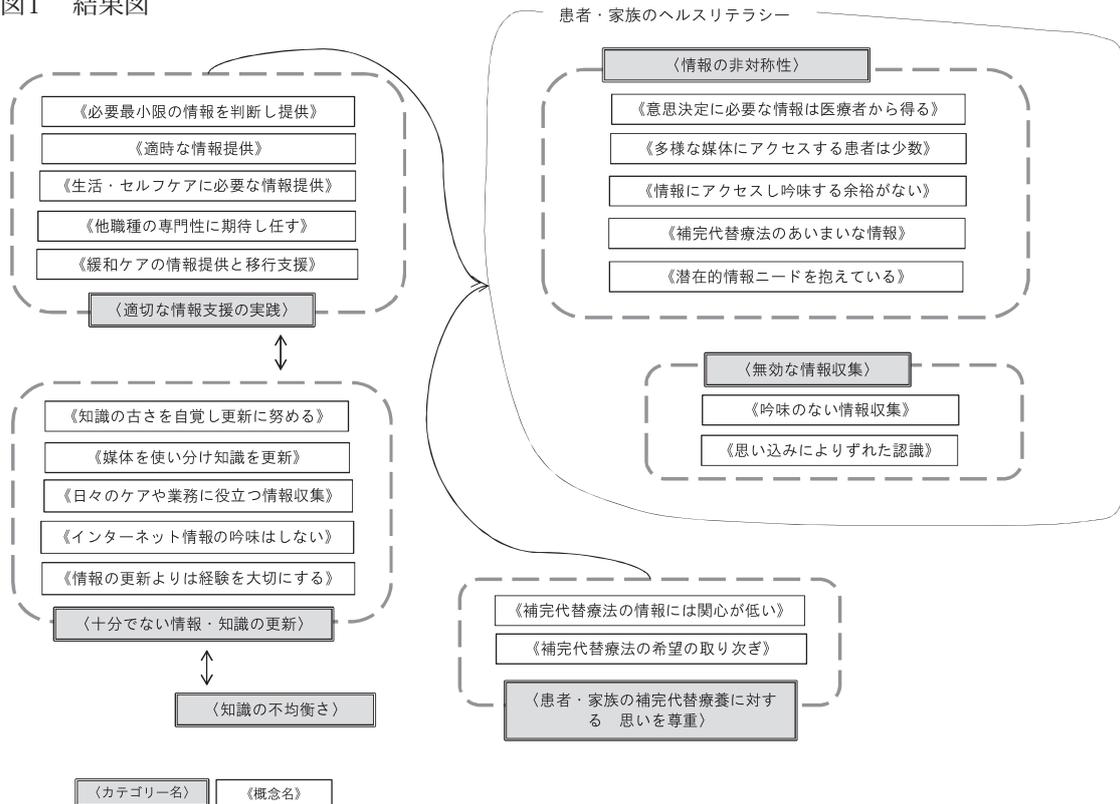
がん患者・看護に携わる看護師としては、《知識の古さを自覚し更新に努める》こと

が大切であるがその中心は、《日々のケアや業務に役立つ情報収集》で《情報の更新よりは経験を大切にすること》であった。また、自身の知識や情報について《媒体を使い分け知識を更新》しているという認識の一方で、情報の吟味や信頼性の確認などは主体的に行わず《インターネット情報の吟味はしない》姿勢も備え、〈十分にない情報・知識の更新〉と《知識の不均衡さ》を持ち合わせていた。がん患者・家族がしばしば用いる補完代替療法については〈患者・家族の補完代替療法に対する思いを尊重〉する態度で、時に主治医などに《補完代替療法の希望の取り次ぎ》を行っていたが、《補完代替療法の情報には関心が低い》ことから看護師が主体的に情報支援を行うことはなかった。

表2 生成された概念および定義の一覧

カテゴリ	概念	定義
〈適切な情報支援の実践〉	《必要最小限の情報を判断し提供》	看護師が患者・家族の個々の状況を踏まえ情報過多にならないように考え、必要な量を提供する
	《適時な情報提供》	伝える情報量や要点を考えながら、特にタイミングを見計らって提供する
	《生活・セルフケアに必要な情報提供》	患者の理解度やセルフケア能力の程度を看護師が判断したうえで、主に日常のセルフケアに関する情報を提供する
	《他職種の専門性に期待し任す》	専門性が高いことから、自分が対応できる範囲を超える時には他の専門職に任せて支援する
	《緩和ケアの情報提供と移行支援》	正しい知識を持っている患者・家族が少ないため、シームレスに緩和ケア中心の医療に移行できるよう支援に努める
〈情報の非対称性〉	《意思決定に必要な情報は医療者から得る》	治療に関する情報や選択肢は主に医師をはじめとする医療関係者から与えられ、患者はその範囲で意思決定をしており、特に高齢者ではその傾向が強い
	《多様な媒体にアクセスする患者は少数》	個人差があるが多くの患者・家族は調べる習慣や人的、物理的環境の制限からヘルスリテラシーが十分ではなく多様な媒体にアクセスしない
	《情報にアクセスし吟味する余裕がない》	何かの意思決定や準備のためには、必要な情報を得ることが大切であるが、病気を受け止め対処していくことで気力をつかったり、知りたくなかったりそれが行えない人もいる
	《補完代替療法のあいまいな情報》	患者本人よりも家族が積極的に情報収集しているが、インターネット、雑誌、伝聞などのあいまいな情報に基づいた思い込みがある
	《潜在的情報ニードを抱えている》	患者・家族の潜在的なニードを十分に引き出せたとはいえないまま意思決定する状況にある
〈無効な情報収集〉	《思い込みによりずれた認識》	これまでの典型的な社会的通念、イメージ、伝聞に影響され、医療者と治療や療養に関する認識のずれがある
	《吟味のない情報収集》	高齢であったりおかれた状況によっては情報の解釈に偏りが起こりやすく、内容を吟味してヘルスリテラシーを発揮するのは難しい
〈患者・家族の補完代替療法に対する思いを尊重〉	《補完代替療法の希望の取り次ぎ》	患者・家族と主治医との間で治療や療養に関する思いの違いや、補完代替療法についての希望があるときには、主治医との関係性を見ながら調整する
	《補完代替療法の情報には関心が低い》	患者・家族が補完代替療法を行っていてもエビデンスに関する関心は低く、効果や治療との関係について自ら情報を得ることはない
〈十分にない情報・知識の更新〉	《知識の古さを自覚し更新に努める》	専門知識は古くなるのが速く、その更新は大変であるが必要性は認識している
	《媒体を使い分け知識を更新》	手軽に情報を得るためにインターネットを使用し、それ以外は書籍・雑誌と使い分けるが情報の質にはこだわらない
	《日々のケアや業務に役立つ情報収集》	患者の看護を振り返り、日々の看護に取り入れることのできる情報収集を優先している
	《インターネット情報の吟味はしない》	インターネット上の情報は玉石混合だと理解しているが、主体的に吟味したり疑うことはしない
	《情報の更新よりは経験を大切にすること》	経験知を大切に、治療に関する知識や情報は周辺他者に聞くことで理解を深める
《知識の不均衡さ》	経験や役割によって得ている情報の量、質および種類の差異があり共有されないので看護師間でも知識の不均衡が生じている	

図1 結果図



## 2. カテゴリーおよび概念

1) 〈適切な情報支援の実践〉は、《必要最小限の情報を判断し提供》、《適時な情報提供》、《生活・セルフケアに必要な情報提供》、《他職種の専門性に期待し任す》、《緩和ケアの情報提供と移行支援》、の5つの概念から構成された。

(1) 《必要最小限の情報を判断し提供》は、「看護師が患者・家族の個々の状況を踏まえ情報過多にならないように考え、必要な量を提供する」と定義した。

研究協力者は「こっちからこういう風になりますよっていうことは言わないです。聞かれたことに関しては答えるかたちです。色々な情報がその人にとってわからなくならないように、窓口をできるだけ少なくして、患者さんが迷わないようにできればいいって思っているんです」と語った。

(2) 《適時な情報提供》は“伝える情報量や要点を考えながら、特にタイミングを見計らって提供する”とした。

研究協力者は「一方的にばーっといってもやっぱり理解できないことがほとんどで…(略)…患者さんの受け止めとか。結構そういう情報を提供するときのタイミングとか。伝える情報量とか。どこに重点をおいて伝えてあげたらいいとか、そういうのもなんか、伝える側としては必要なのかなって…」と語った。

(3) 《生活・セルフケアに必要な情報提供》は“患者の理解度やセルフケア能力の程度を看護師が判断したうえで、主に日常のセルフケアに関する情報を提供する”と定義した。

研究協力者は、「一般的に多くでるといわれている副作用のこととかをさーっと説明すると、その冊子を熟読する人はするし、怖いから見たくない

っていう人はそのまま置いておく方もいますし…(略)…でも結構たくさん副作用載っちゃっているから、(化学療法を)やる前からみなさん恐怖心っていうか不安感があります。でも何も知らずにやるよりはよかったとか、そういう根本的なことを(説明することで)患者さん自身がセルフで気をつけることができる」と語った。

- (4) 《他職種の専門性に期待し任す》は“専門性の高いことから、自分が対応できる範囲を超える時には他の専門職に任せて支援する”と定義した。

研究協力者は、「この人にはこう言われたけど本当はどうなの?」とかいう風になると、お互いに混乱するのと、信頼関係が崩れる可能性があるので、薬について聞きたいことは薬剤師さん、治療や今後の計画について知りたいことは医師に任せる」と語った。

- (5) 《緩和ケアの情報提供と移行支援》は“正しい知識を持っている患者・家族が少ないため、シームレスに緩和ケア中心の医療に移行できるよう支援に努める”と定義した。

研究協力者は、「ホスピスについて誤ったイメージを持たれている方が結構多くって、“何にもしないで死にいくところでしょ?”みたいに言われる方が結構、半分ぐらいはいらっしゃるのかなと思うんですよね。だからそうではないんですよっていう情報提供はしています」と語った。

- 2) <情報の非対称性>は《意思決定に必要な情報は医療者から得る》、《多様な媒体にアクセスする患者は少数》、《情報にアクセスし吟味する余裕がない》、《補完代替療法のあいまいな情報》、《潜在的情報ニードを抱えている》、の5つの概念から構成された。

- (1) 《意思決定に必要な情報は医療者

から得る》は“治療に関する情報や選択肢は主に医師をはじめとする医療関係者から与えられ、患者はその範囲で意思決定をしており、特に高齢者ではその傾向が強い”と定義した。

研究協力者は、「けっこう高齢者の方ばかりなので、与えられた情報だけで結構満足されている方は多い」と語った。また、別の研究協力者は「医師との面談の時には同席させてもらったりしていますが、自分にはこういう治療がいいと思うんですよねって言い方をされる患者さんはいなくて、先生がいわれた中で選択肢を…」と語った。

- (2) 《多様な媒体にアクセスする患者は少数》は、“個人差があるが多くの患者・家族は調べる習慣や人的、物理的環境の制限からヘルスリテラシーが十分ではなく多様な媒体にアクセスしない”と定義した。

研究協力者は「化学療法とかで、何回も入退院を繰り返したりしている人は、使っているお薬をネットでその会社のサイトの説明とかを読んだりとか。あとはダイレクトに電話をして聞いていたり…(略)…あとの人は、ほんとにインターネットに大まかに載っているところと、今家族が使っている薬の辞典とかに載ってそうなヤツで、あんまり深く掘り下げて聞いてくる方はいない」と語った。

- (3) 《情報にアクセスし吟味する余裕がない》は、“何かの意思決定や準備のためには、必要な情報を得ることが大切であるが、病気を受け止め対処していくことで気力をつかたり、知りたくなかったりそれが行えない人もいる”と定義した。

研究協力者は「必死で受け入れなきゃならないとか、…(略)…今後の

ことを、自分の人生の事をどういう風な終わりにしなくちゃならないっていうか、そういう気持ちとかお金の整理とかの方が先に立っている。インターネットとか、がんの本を調べるっていうところまではエネルギーは使われてない感じが…(略)…調べてどうのこうのっていう時間もないんですよ」と語った。

(4) 《補完代替療法のあいまいな情報》

は「患者本人よりも家族が積極的に情報収集しているが、インターネット、雑誌、伝聞などのあいまいな情報に基づいた思い込みがある」と定義した。

研究協力者は「誰かから話を聞いてそれがいいと思って、自分なりに調べて少し情報を持って、なんかこういうのがいいって聞いたからってって、外来にびたっと来なくなる人…(略)…何人かはいますね。」「ここ最近、家族が多いですね。ご本人のご主人だったり、娘さん達だったり。やっぱり、ネットでいろいろ調べるんでしょうね。あそこでこんなやってるとか」と語った。

(5) 《潜在的な情報ニーズを抱えている》

の定義は「患者・家族の潜在的なニーズを十分に引き出したといえないまま意思決定する状況にある」とした。

研究協力者は「やっぱり治療を受けるのは患者さんですし、患者さんがどういう希望をするのかはもちろん先生とかの治療に関するメリットとデメリットをお話ししてもらった上で成り立つことだとは思いますが、…(略)…患者さんがゆっくり先生とお話してきなかったり、思いを伝えきれない時があるのかなっていうのは、なんとなく感じるというか。なので、ちょっと患者さんの思いを引き出したり、症状とかは一番みやすい位置にいる

と思うので、そういう情報を先生につないだりとかして…」と語った。

3) 〈無効な情報収集〉は《思い込みによりずれた認識》、《吟味のない情報収集》の2つの概念から構成された。

- (1) 《思い込みによりずれた認識》は「これまでの典型的な社会的通念、イメージ、伝聞に影響され、医療者と治療や療養に関する認識のずれがある」と定義した。

研究協力者は、「みんなケモで治るって…治るって言い方をする患者さんがいます。“治ったんじゃないかって、今、小さくなっているんだよ”って、“今、その薬で抑えられているんだよ”って言い方をするんですけど、その辺の病識は違ったりします」と語った。

- (2) 《吟味のない情報収集》は「高齢であったりおかれた状況によっては情報の解釈に偏りが起こりやすく、内容を吟味してヘルスリテラシーを発揮するのは難しい」と定義した。

研究協力者は「患者さんが“私これ見たんだけどあと何年生きられるんだろう”とか、…(略)…なんかそういう情報とか掲示板とかみたら、“きちんと治療をして化学療法とかを受ければ、大丈夫だって書いてあるんだけど、本当にどのぐらい大丈夫なのか？”そういうことを聞かれたりすることもあるので、そうすると、ちょっと…って思う。インターネットどうなんだろうなって思う」と語った。

4) 〈患者・家族の補完代替療法に対する思いを尊重〉のカテゴリーは《補完代替療法の希望の取り次ぎ》、《補完代替療法の情報には関心が低い》の2つの概念から構成された。

- (1) 《補完代替療法の希望の取り次ぎ》は、「患者・家族と主治医との間で治療や療養に関する思いの違いや、補

完代替療法についての希望があるときには、主治医との関係性を見ながら調整する”と定義した。

研究協力者は「家族から免疫に行きたいとか温熱療法に行きたいとか言われても、主治医の考えが基本になってくるじゃないですか…希望として聞いておいて、先生に伝えて配慮はするけども、だからといって、治療を…こちらの治療をおさなりにしてそれに行くとなればそれはそれで、仕方のないことなんだけども…そこらへん難しい」と語った。

- (2) 《補完代替療法の情報には関心が低い》は、“患者・家族が補完代替療法を行っていてもエビデンスに関する関心は低く、効果や治療との関係について自ら情報を得ることはない”と定義した。

研究協力者は「検索でどっかのクリニックでやっているなかに、〇〇とか、△△とかそういうのがあった。今はそういうのなんだ～っていうのを、ホントに片隅に置くぐらい。ま、明らかにうそでしょっていうもの以外は、いちおう興味をもって調べたりとか、っていうのもありますけど」と語った。

- 5) 〈十分でない情報・知識の更新〉のカテゴリーは、《知識の古さを自覚し更新に努める》、《媒体を使い分け知識を更新》、《日々のケアや業務に役立つ情報収集》、《インターネット情報の吟味はしない》、《情報の更新よりは経験を大切にする》の5つの概念から構成された。

- (1) 《知識の古さを自覚し更新に努める》は、“専門知識は古くなるのが速く、その更新は大変であるが必要性は認識している”と定義した。

研究協力者は「新しい知識を吸収するように努めてはいますね、どうし

ても情報が古くなってきてしまうので、昔は正しいって言われていたことが、いまや、よくなかったんだっていうことが、確かに多々あるかなって思いますので、…(略)…なかなか難しいんですけど」と語った。

- (2) 《媒体を使い分け知識を更新》は、“手軽に情報を得るためにインターネットを使用し、それ以外は書籍・雑誌と使い分けるが情報の質にはこだわらない”と定義した。

研究協力者は「ちょっと分からないことがあったら、すぐインターネットを開いてって感じですね。あとはやっぱり本がありますから、大きい本屋とかに行って自分の興味のあるところとかは手に取ったりとかしてそこから見ていく感じ」と語った。

- (3) 《日々のケアや業務に役立つ情報収集》は、“患者の看護を振り返り、日々の看護に取り入れることのできる情報収集を優先している”と定義した。

研究協力者は「何回も同じような患者さんの看護をしても、振り返るっていうのか、ほんとにこれでよかったのかって思ったり。どうなのかっていうことを調べるっていうこととか。後は、化学療法の副作用を乗り越えるのに、だいたい決まっている感じになるんで、いい方法っていうか、そういうのいかな～って思ったりする」と語った。

- (4) 《インターネット情報の吟味はしない》は“インターネット上の情報は玉石混合だと理解しているが、主体的に吟味したり疑うことはしない”と定義した。

研究協力者は「結構うのみにしちゃいますよね、書いてあったら…自分の経験があって、すごい共感できるものもあれば、知識がない状態でそれを検索して、読んだりすると、あん

まり疑ってかかることはないかもしれない。結構信じちゃうかもしれないです。すべて疑ってかかるわけにはいかない」と語った。

- (5) 《情報の更新よりは経験を大切にする》は、“経験値を大切にし、治療に関する知識や情報は周辺他者に聞くことで理解を深める”と定義した。

研究協力者は「経験値っていうか、なんかこう、経験したことを、こんな時にはとか、こんな風になった時にはこうしたりとかそういうようなところで他の職種から情報を得ていて、…(略)…極端にお薬が大きく変わらない限りは、観察しないといけない事、看護しないといけない事は、大きく変わっていないので。明らかに、こういう風に勉強していますっていうようなことはない」と語った。

- 6) 《知識の不均等さ》は一つの概念として、他者も含め“経験や役割によって得ている情報の量、質および種類の差異があり共有されないので看護師間でも知識の不均等が生じている”と定義した。

研究協力者は、「興味が差を生むのかなっていう気がしますね。あとはやっぱり、上に立つ責任というか。下がわかってなくてもリーダー層がわかっていたら何とかそれを見逃さないで済むじゃないですか。…(略)…知識のある人っていうのは、症状が出てなくても日数からそろそろこういう症状が出てくるかもしれないから注意してね、って一言いってあげられるし、そういう人はやっぱり勉強している」と語った。

## V. 考察

がん患者・家族の看護に携わる看護師が

捉えた、がん患者・家族のヘルスリテラシーとしては、情報の非対称性とヘルスリテラシーの弱さを認識した上で、療養生活に向かって、可能な範囲で情報提供していることが明らかになった。看護師が情報提供する際には、対象の背景や特性を踏まえ、時には情報過多にならないように必要な情報を選択し、最小限の範囲で提供したり、日常の療養やセルフケアに必要な情報を提供していた。

看護師自身は、医療の進歩に伴い常に情報を更新していくことが必要であると認識しており、その中心にあるのは疾病や治療に関する情報ではなく、日々の看護実践に役立つ情報であった。情報収集の媒体では、インターネットは手軽に情報を得るために使用し、それ以外は書籍・雑誌と使い分けているが情報の質を主体的に吟味する姿勢は弱く媒体の特性を踏まえた上で適切に使い分け、最新で確かな情報を広く収集し活用するには至っていないと考える。

がんという疾患が他の疾患と比べて特徴的なのは、一言にがんといっても病理学的特徴、部位、ステージなど様々な様態があるという点である。医療者は「がん」と「癌」という標記の違いについても理解が可能であるが、基礎知識を持ち合わせていない人々は、用語の違いから戸惑う。一般に、患者・家族が療養生活に必要な情報を得て、自分の生活・価値観等から決断を下すことは、治療の主体を確認でき心身により影響を与える<sup>23)</sup>。その情報ニーズは様々であり、治療そのものの情報だけではなく、薬剤、生活上の注意、経済的資源など長期的な治療の経過のなかで個別に生じてくる<sup>15)</sup>情報を得るためには、患者自身が自らの情報ニーズに気づき、その視点をもってアクセスする力が必要である。

研究結果からは、〈情報の非対称性〉の一つの要因として、病気を受け止め対処していくことで気力をつかったり、知りたくなか

ったりとそれが行えない人もおり、情報にアクセスできないことが明らかになった。ヘルスリテラシーを高めるためには、患者や家族の準備が整っていないとその情報を受け止めきれず有効な支援とはならない。そのため、患者のおかれた状況を踏まえた上で情報提供し、詳細な情報よりは《生活・セルフケアに必要な情報提供》を行い、今ある症状マネジメントや近い将来起こり得る副作用に対する日常生活上の情報支援に焦点を絞る援助を行っていた。

患者・家族らのヘルスリテラシーの現状の他の特徴としては、《多様な媒体にアクセスする患者は少数》で、《意思決定に必要な情報は医療者から得る》と捉えていた。一般の人々が医学的知識を読み解くことの複雑さに加え、多様な媒体にアクセスし通して総合的に判断する姿勢の患者は少なく、それよりも身近な医療者から情報を得て意思決定する態度を示している患者が少なくないことを示唆している。患者のおかれた状況からそれが有効な対処方法であることも否定できないが、幅広い選択肢の中から患者自らが意思決定する選択の幅を狭め《潜在的情報ニーズを抱えている》という捉えもあった。看護師は自身と患者の情報の非対称性を認識しているとすれば、身近な医療者として潜在的な情報ニーズを引き出しそれに対する情報提供やヘルスリテラシー支援を行う必要があるのではないかと考える。患者の潜在的ニーズに対しては、看護師という患者・家族と最も近いところにいるメリットを最大限生かして有効な関わりができるのではないかと考える。看護師は患者の顕在的なニーズだけではなく潜在的なニーズを捉え介入していくことの必要性を理解して、EBM (Evidence based medicine) とNBM (Narrative based medicine) を行き来しながら患者・家族の価値を把握し、意思決定支援や情報支援できる能力を身につけていく必要が迫られている。そのためには、患者や家族が何を望ん

でいるのかという潜在的な情報ニーズを引き出せるようなヘルスコミュニケーション能力を高める<sup>24)</sup>と同時に、自らの情報リテラシー能力を高めることが必須といえる。

情報にアクセスしたとしてもヘルスリテラシーが低く《無効な情報収集》になっていることも看護師は認識をしていた。例えば、社会における一般的なイメージや伝聞等から正確でない情報を抱えているといった捉えであった。特にそれは補完代替療法に関して特徴的であった。しかし、看護師自身は患者・家族の補完代替療法に対するヘルスリテラシーの介入や支援を行っていると語った研究協力者はなく、日常生活やセルフケアに関する情報提供に軸足がおかれていた。補完代替療法の一部は看護実践に取り入れるだけのエビデンスレベルを有するものもある。特に患者の症状マネジメントや緩和ケアの分野においては推奨できるエビデンスレベルのものも存在する。しかし、患者・家族の行っている補完代替療法について主体的に確かめたり、情報にアクセスしたりする姿勢は語られなかった。エビデンスレベルを判断するためには、研究デザインや評価への理解が必要であり、臨床実践の場ではその労力が割けないことが要因の一つとしてあると考える。一方で、患者・家族の治療に対する期待や希望、心の安定になるのであればそれを否定する態度もとらず、患者・家族思いを尊重する態度に努め看護実践している姿勢も読み取れた。

看護師自身の情報に対する姿勢は、医療の情報はすぐに古くなりケアの根拠や方法も変化していく可能性があることを認識し情報の更新に努め、媒体の特性を踏まえて使い分けている現状が明らかになった。媒体を使い分ける姿勢は確立されていたといえるが、インターネットの情報は真偽不明なので活用しないという語りもあり、情報の質を主体的に吟味する姿勢は弱いと考える。ITに関するリテラシー教育やこれまでの経験の

中からインターネット上の情報は不確かであるという思いだけではなく、情報リテラシーを高め最新で確かな情報を広く収集し、活用していく姿勢が必要である。

看護師の情報ニーズとしては、看護に関する最新の情報や医薬品情報があげられ、情報へのアクセス手段は、同僚や仲間、図書・雑誌、インターネットなどと報告されており<sup>25)</sup>、情報アクセス手段は勤務先の状況によって異なるという調査結果がある<sup>26)</sup>。本研究においても同様に、自分の専門領域外の疾患の基本的な情報を手軽に調べることや、薬物治療に関する情報へのニーズが語られた。また、情報源として信頼しているのは、医師や薬剤師などの他の医療専門職種であり、インターネット情報の信頼性は低かった。このことが示唆しているのは、様々な情報に適切にアクセスし吟味しながら情報を得るという作業について一般の人々と同じ態度であるという事である。専門知識を持っている分、理解できる範囲やアクセス対象も広がる一方で、不確かであると利用を限定するのではなく看護師自身の情報リテラシー能力を高め、看護実践に役立てる態度を持つことが必要であると考えられる。そのためには体系的に情報検索ができるような基礎教育や、情報の不確かさに対応し批判的に考えられるような態度を育成する教育が求められる。

## VI. 結論

1. 患者・家族との情報の非対称性とヘルスリテラシーの弱さを認識した上で、療養生活に向かって、可能な範囲で情報提供していることが明らかになった。
2. 情報支援の実際では、エビデンスに基づいた情報支援を大切にしつつ、患者の価値観や思いといったナラティブに基づく援助の双方が必要であり、その姿勢は補完代替療法への姿勢に現れていた。
3. 看護師自身の情報リテラシーについて

は、医療の進歩に伴い常に情報の更新が必要であることを認識しているものの、情報の質を主体的に吟味する姿勢は弱く媒体の特性を踏まえた上で適切に使い分け、専門職としてリテラシーを発揮し、最新で確かな情報を広く収集し、活用するには至っていない。

## VII. 研究の限界

本研究ではがん患者の看護に携わる看護師としての質的データ収集を行ったが、集学的治療過程の全てのプロセスを反映しているとはえず、主に緩和的化学療法に焦点が当たった語りとなり、限定された結果となった。また、病棟看護師のみの語りであり外来での看護実践は含まれていない。

### 謝辞

本研究にご協力いただきました病院看護部の皆様、臨床の看護実践の中ご参加いただいた研究協力者の皆様に心より感謝申し上げます。また、データ分析にあたりご指導・ご助言を頂いた諸先生方に深謝いたします。

### 付記

本研究の一部は、第25回日本看護学教育学会学術集会で発表した。また、本研究は、平成25年度札幌保健医療大学学術研究助成を受けて行った。

### 文献

- 1) Sorensen K. Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012, 25, 12:80.
- 2) 杉森祐樹, 中山健夫. IT時代のヘルスリテラシー ヘルスリテラシーの重要性. からだの科学. 2006,260,26-30.
- 3) 厚生労働省. "政策レポートがん対策につ

- いて”。厚生労働省。 <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/24.html>, (アクセス年月日 2013年7月23日)。
- 4) 堀田知光。 ”第3次対がん総合戦略研究事業の全体報告と、がん研究の今後のあり方について”, 厚生労働省。 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000064008.pdf>, (アクセス年月日2017年11月3日)。
  - 5) 厚生労働省。 ”がん対策推進基本計画平成29年10月”, <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000181862.pdf>, (アクセス年月日 2017年11月3日)。
  - 6) 酒井由紀子。ヘルスリテラシー研究と図書館情報学分野の関与：一般市民向け健康医学情報サービスの基盤として。 *Library and information science*. 2008, 59, 147-146.
  - 7) 総務省。 ”平成29年版情報通信白書インターネットの利用動向”。総務省。 <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h29/html/nc262120.html>, (アクセス年月日 2017年11月4日)。
  - 8) Mihara H, Yamamoto S, Takayama T, et al. Internet survey on people's knowledge and attitudes toward cancer. 66th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association. 2007, 519.
  - 9) 田中登美, 梶村郁子, 林田裕美, 他。一般市民のがん医療と看護に対する認知およびがん医療従事者への期待。大阪府立大学看護学部紀要。 2012, 18(1), 85-96.
  - 10) 後藤悌。インターネットにおけるがん医療情報の現状と改善への取り組み。 *情報管理*. 2010, 53(1), 12-18.
  - 11) 宮腰重三郎。情報工学等の連携による国民・患者の情報リテラシー向上に関する研究(高齢者がん患者の情報研究), 厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)。平成20年度 総括・分担研究報告書, 2009, 27-28.
  - 12) 高山智子, 緒方裕光, 星桂芳。がん情報提供における患者・家族・国民の視点に関する研究：厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業) 患者・家族・国民の視点に立った適切ながん情報提供サービスのあり方に関する研究。平成20年度 総括・分担研究報告書, 2009, 15-19.
  - 13) 岸本桂子, 芳野知栄, 福島紀子。がん患者を対象としたwebサイトの健康食品情報についての研究。 *薬学雑誌*, 2010, 130(8), 1017-1027.
  - 14) 河田志帆, 藤井広美, 畑下博世。看護実践におけるヘルスリテラシーの概念分析。 *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 2011. 9(1), 24-31.
  - 15) 瀬戸山陽子, 中山和弘。乳がん患者の情報ニーズと利用情報源および情報利用に関する困難—文献レビューからの考察—。 *医療と社会*. 2010, 2(3), 325-336.
  - 16) Goto Aya, Rudd Rima E, Lai Alden Yuanhong, et al. Health Literacy Training for Public Health Nurses in Fukushima : A Case-Study of Program Adaptation, Implementation and Evaluation. *Japan Medical Association Journal*. 2014, 57(3), 146-153.
  - 17) 平紀子。地域格差のない医療情報提供のための薬剤師・看護師教育プログラム 医療従事者のリカレント教育プログラムへの取り組み。 *薬学図書館*. 2009, 54(3), 206-218.
  - 18) 和田佳代子。看護職への支援 情報の信頼性と評価をふまえて。 *ほすびたるらいぶらりあん*. 33(3), 2008, 178-184.
  - 19) 西田直子。電子カルテシステム導入による看護管理者のメディア・リテラシーと意識。 *看護診断*. 2008, 13(1), 13-20.
  - 20) 阿部信一, 武藤桃子。看護師の情報ニーズと情報探索行動 慈恵医大医学部看護学科平成12年度卒業生を対象にしたアンケート調査, *看護と情報*. 2004, 11, 42-48.
  - 21) 木下康仁。グラウンデッド・セオリー・

- アプローチの実践. 初版, 弘文堂, 2004, 237p.
- 22) 木下康仁. ライブ講義M-GTA実践的質的研究法修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 初版, 弘文堂, 2007, 306p.
- 23) Martins JC. Patients' Satisfaction with Information on Disease and Morbidity. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009, 17(3). 335-400.
- 24) 中山和弘. 「看護情報学」としての消費者健康情報学へのアプローチの試み 新たな看護の役割の構築に向けて. *看護教育*. 2007, 48(1), 65-69.
- 25) Rasch RF, Cogdill KW. Nurse practitioners' information needs and information seeking: implications for practice and education. *Holistic Nursing Practice*. 1999, 13(4), 90-97.
- 26) 阿部信一, 武藤桃子. 看護師の情報ニーズと情報探求行動: 慈恵医大医学部看護学科平成12年度卒業生を対象にしたアンケート調査. *看護と情報*. 2004, 11, 42-48.