

視覚障害者における健康診断・がん検診の受診と健康医療情報入手の 現状：点字図書館・視覚障害者団体登録者への調査結果

ヤマキ チカヨ タカヤマ トモコ
八巻知香子 高山 智子*

目的 欧米諸国においては、障害のある人の健康状態が悪いこと、健康サービスの利用が阻害されていることを施策上の課題と捉え、実態の把握と改善に向けた検討が行われているが、日本においては実態すら把握されていない。本研究では、視覚障害者における健康診断・人間ドック（以下、健診と記載）・がん検診受診と健康医療情報の入手の実態を探索的に明らかにすることを目的とする。

方法 大阪府堺市在住の視覚障害者のうち、市内の点字図書館に利用登録をしている人および同市の視覚障害者団体の会員計311人を対象として質問紙調査を行い、回答された150件（回収率48.2%）を対象とした。

結果 対象者の健診の受診率は男性70.3%、女性62.2%、対策型がん検診の対象年齢における受診率は男性で34.5%～44.8%、女性では30.8%～40.0%であった。健診やがん検診の未受診の理由は、「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」、「毎年受ける必要がないから」など一般住民と同様の回答が多かったが、付き添い者の確保が困難であることや医療機関の対応への不安など、障害による困難や不安もあげられた。健康医療情報の入手にあたっては、「一般的な健康情報の入手経路」において一般マスメディアからの情報入手が多く、「自分や身近な人ががんと診断されたときの情報の入手（以下、がん情報の入手）経路」では、「専門家からの指導」に次いで、一般マスメディアや身近な人を介した情報入手経路をとる人が多かった。

考察 本研究の対象者は、相対的にサービス利用や日常生活スキルが確保できている人たちであると考えられ、健診・がん検診の受診については、調査対象地域の一般住民と大きな差は見られなかった。しかし、未受診の理由に障害による不安や困難が挙げられ、改善の必要性が示唆された。健康医療情報の入手については、一般住民ではインターネットや専門的資料の利用の割合が増える「がん情報の入手経路」においても、一般のマスメディアからの情報や人を介した情報入手経路が多数を占めることが特徴であった。医療機関に対して視覚障害のある人への適切な対処方法を周知すること、医療者が視覚障害のある人への説明しやすい環境を整備すること、視覚障害者が利用しやすい健康医療サービスや情報について、視覚障害者サービス機関を通じた周知と一般向けの広い周知の双方が必要であると考えられた。

Key words：健康医療情報，視覚障害者，がん検診受診率，健康診断受診率，情報アクセシビリティ

日本公衆衛生雑誌 2017; 64(5): 270-279. doi:10.11236/jph.64.5_270

I はじめに

健康の社会的規定要因による不平等については各国で多くの関心が示され、社会・経済的地位が健康と大きな関連があることについては、国内でも多く

の実証研究が積み重ねられている¹⁻⁵⁾。欧米先進国においては、その社会的規定要因の1つとして、障害の有無による格差について検討されており、障害のある人は健康状態が悪い傾向にあること、健康サービスの利用阻害や、低い社会経済的地位がその要因となっていることを実証する先行研究が蓄積されつつある。しかし、アジア圏における着眼はほとんどなく⁶⁾、日本の状況についての先行研究はほぼ皆無である⁷⁾。

* 国立がん研究センター
責任著者連絡先：〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供部 八巻知香子

欧米諸国においては、障害のある人の健康状態を慢性的な障害とは別の次元で捉えるという見方が普及しており⁸⁾、障害者の健康増進や適切な健康サービス利用を促す研究が蓄積されてきた。まず、障害のある人の人数は米国で5,400万人⁹⁾、豪国では人口の18%¹⁰⁾と多数に上るため、労働力の確保と社会保障費の抑制のためには障害のある人の健康確保が社会保障政策として重要であること^{9~11)}、一般に障害のある人は健康リスクが高く、医療ニーズが高い傾向にある^{12~15)}が、健康医療サービスは障害のある人にとっては、「環境的側面」、「構造的側面」、「プロセス側面」それぞれにおいて障壁があり¹⁴⁾、また医療者側の障害に対する理解やコミュニケーションスキルの不足があること^{14~19)}が指摘されてきた。一方、障害者サービスの脱施設化、地域生活への移行を受けて障害者自身が健康維持に関する知識を得て、サービスを使っていく必要がますます高まっており²⁰⁾、米国では Healthy People 2010にも障害者の健康増進と二次障害の防止、障害のある人となない人の健康格差の是正が明確に掲げられている²¹⁾。すなわち、欧米諸国においては医療費の節減という社会全体の観点からも、一般の人に比べて健康リスクを多く抱えている障害のある人自身のQOLを維持するという観点からも、健康を維持し、疾病を予防する観点での取り組みの必要性が認識され、各施策が進められている。

医療の進歩による選択肢の増加や患者の意思決定を重視する流れは、患者自身が健康や医療に関する情報を入手し、理解、活用できる力を必要としている^{22,23)}。情報入手という観点からみると、障害のある人、中でも視覚障害のある人の困難は特に大きい。近年のIT機器やインターネットの普及、情報のデジタル化により、これらが使いこなせる一部の視覚障害者がアクセスできる情報は飛躍的に増えてはいるものの^{24,25)}、今なお情報が得にくく^{26,27)}、インターネットを使いこなす人であっても情報探索には障害のない人の2倍から5倍の時間を要すること²⁸⁾などが指摘されている。

障害のある人の疾病予防対策や健康医療情報の入手手段の確保は、公衆衛生上の重要な課題であるが、これまで日本においては障害による健康格差に関する研究はほとんど行われておらず、その実態がほとんど把握できていない。国連障害者の権利条約を批准し、2016年4月から、障害者差別解消法が施行されたこの時期において^{29,30)}、公的機関や医療機関が果たすべき役割について明らかにすることは喫緊の課題である。よって、本研究では、疾病の予防的な取り組みと健康医療情報入手に着眼し、視覚障

害者における健康診断・人間ドック（以下、健診と記載）・がん検診受診と健康医療情報の入手の実態を探索的に明らかにすることを目的とする。

II 対象と方法

1. 調査地域と調査対象者

堺市立健康福祉プラザ視覚・聴覚障害者センターは、健康医療情報の音訳・点訳の専門チームを育成し、2012年から国立がん研究センターと「がん情報普及のための協定」を締結し、積極的に視覚障害者へのがん情報の普及にあたっている³¹⁾ことから、本研究では堺市立健康福祉プラザと同市内の障害者団体に協力を依頼することとした。

堺市在住の視覚障害者のうち、「堺市立健康福祉プラザ視覚・聴覚障害者センター」の利用登録者または同市の障害者団体である「特定非営利活動法人堺市視覚障害者福祉協会」の会員である311人を本研究の調査対象者とした。

2. 調査方法

郵送で調査票の配布・回収を行った。調査対象者が視覚障害者であることから、墨字だけでなく、点字と音声データでも同一内容のものを送付し、電話回答も受け付けた。点字・音声データの作成ならびに電話回答の受付は、こうした調査について受託の実績があり、日常の支援も行っている組織に委託した。

また、調査対象者は、生活上の困難を抱えている人も含まれる可能性があるが、堺市立健康福祉プラザ視覚・聴覚障害者センター点字図書館および堺市視覚障害者協会と十分な連携をとり、調査の過程で困難を感じている人には必要な支援を提供できることをあわせて周知した。調査期間は2015年2月-3月である。

3. 調査項目

調査項目は、基本属性、障害の状態、就労の有無と家族形態、健康状態を示すSF-8 (The MOS 8-item Short Form Health Survey)³²⁾、健診とがん検診の受診の有無と未受診の理由を尋ねた。本研究の対象者の特性を日本の一般人口の分布と比較するため、SF-8については、福原らの国民標準値³²⁾、健診およびがん検診の受診率については平成25年度国民生活基礎調査³³⁾、健康医療情報の入手経路については、高山らが実施した「がん情報提供に関するアンケート」²²⁾と同一の質問項目を用いた。

4. 回収数と分析対象

回収数は150件（回収率48.2%）のうち、郵送による回収141件、電子メール2件、電話7件であった。回収された150件の回答すべてを解析対象とし

た。

5. 倫理的配慮

本研究は、国立がん研究センターの倫理審査委員会に許可を申請したが、障害者の情報提供改善に向けた取り組みであり、医学研究としての指針対象外であるため、倫理審査委員会の判断ではなく、部署内の準備を整えて実施することが適切であると通知された。よって、本研究では患者のヘルシンキ宣言（世界医師会）の精神と『疫学研究に関する倫理指針』（文部科学省・厚生労働省）に則って実施した。本研究の意義、目的、方法、問い合わせ、苦情などの窓口、また障害に関わる困りごとの相談窓口を明記した説明文書を墨字・点字・音声でアンケート調査票に添付して郵送で配布し、説明文には調査参加は任意であり、研究に同意しなくても不利益を被ることがないことを明記した。

III 結 果

1. 対象者の背景

対象者の属性を表1に示した。対象者の年齢は25歳～93歳（平均67.0±標準偏差（以下SD）14.0歳、中央値70歳）、男性43.3%、女性54.7%であった。障害をもった時期は、「出生時」が24.7%、「20歳未満」が16.0%で、20歳以降に障害をもった人があわせて56.0%であった。手帳等級は1級、2級で89.3%を占めた。情報入手手段については、録音テープ・デジタル録音図書の利用者が55.3%と一番多く、墨字、点字の利用者はそれぞれ22.7%、18.0%、電子メール・インターネットの利用者が34.0%であった。その他と回答した50人（33.3%）のうち45人が具体的な内容を記載しており、その回答はラジオ、テレビ、家族・友人・ヘルパーなどの身近な人のいずれかであった。移動については、48.7%が「常に付き添いが必要」、32.0%が「慣れた場所のみ単独外出が可能」と答え、「ほぼ単独外出が可能」と答えたのは13.3%であった。就労については、仕事をしていない人が66.0%、福祉施設・障害者雇用枠での就労が8.7%、一般就労・自営業が20.0%であった。同居家族の有無については、64.0%が「同居家族あり」と答え、30.7%が「ひとり暮らし」と回答した。

2. 対象者の健康状態、健診とがん検診受診率

1) 健康状態

本研究の対象者のSF-8の値を表2に示した。身体的健康をあらわす身体的サマリースコア（Physical component summary：以下PCSと記載）の平均値は44.0（±SD 9.8）点、精神的健康を表す精神的サマリースコア（Mental component summary：以

表1 回答者の属性

		人数	(%)
性別	男性	65	43.3
	女性	82	54.7
	無回答	3	2.0
年齢	20～39歳	5	3.3
	40～59歳	28	18.7
	60～69歳	36	24.0
	70～79歳	48	32.0
	80歳以上	26	17.3
	無回答	7	4.7
障害をもった時期			
	出生時	37	24.7
	～19歳	24	16.0
	20～59歳	68	45.3
	60歳以上	16	10.7
	無回答	5	3.3
手帳等級	1級	86	57.3
	2級	48	32.0
	3級以上	10	6.7
	保持していない	3	2.0
	無回答	3	2.0
日常生活の情報入手手段（複数回答）			
	墨字	34	22.7
	点字	27	18.0
	録音テープ・デジタル録音図書	83	55.3
	メール・インターネット	51	34.0
	その他	50	33.3
	無回答	6	4.0
移動時の付き添い			
	常に付き添いが必要	73	48.7
	慣れた場所のみ単独外出	48	32.0
	ほぼ単独外出可能	20	13.3
	無回答	9	6.0
就労の有無			
	仕事はしていない	99	66.0
	福祉施設・障害者雇用枠での就労	13	8.7
	一般就労・自営業	30	20.0
	無回答	8	5.3
同居家族の有無			
	ひとり暮らし	46	30.7
	同居家族あり	96	64.0
	無回答	8	5.3

下MCSと記載）の平均値は47.2（±SD 7.7）点であった。

2) 健診とがん検診の受診率

対象者の健診とがん検診の受診率を表3に示し

た。健診の受診率は男性で70.3%，女性で62.2%であった。がん検診の受診者の割合は，対象者全体では男性で32.8%から39.0%，女性で21.5%から32.4%であった。対策型がん検診の対象年齢である40歳～69歳（子宮頸がんについては20～69歳）に限ると，男性では胃がん検診が34.5%，肺がん検診が44.8%，大腸がん検診が34.5%，女性では胃がん検診40.0%，肺がん検診36.0%，大腸がん検診30.8%，乳がん検診32.0%，子宮頸がん検診36.0%であった。

3) 健診とがん検診の未受診理由

健診を受けなかった理由ならびに対策型がん検診の対象年齢（40歳～69歳，子宮頸がんについては20～69歳）でがん検診を受けなかった理由について図1に示した。いずれについても，「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」が一番多く，次いで「毎年受ける必要性がないから」が多かった。障害のある方に特有の理由と思われる選択肢については，「ガイドヘルパーや付き添いの手配が大変だ

から」については，健診で10人（19.2%），がん検診で5人（8.6%），「医療者が障害に対して適切な対応をしてくれないと思うから」については健診で4人（7.7%），がん検診で3人（5.2%），「医療機関が障害に対応してくれないと思うから」については，健診で5人（9.6%），がん検診で1人（1.7%）が該当すると回答した。「めんどうだから」，「時間がとれなかったから」を選んだのは10人未満であったが，「費用がかかるから」をあげた人は健診で13人（25.0%），がん検診で5人（8.6%）であった。

3. 対象者の健康医療情報の入手経路

「あなたは，ふだん，健康についての情報をどのようにして得ていますか（以下，ふだんの健康情報の入手経路と記載）」，「あなたご自身やご家族，あなたにとって大切な人ががんと診断された場合，がんについての情報をどのようにして得ようと思えますか（以下，がん情報の入手経路と記載）」（いずれも複数回答）の問いに対する回答を表4に示した。「ふだんの健康情報の入手経路」については，テレビやラジオのニュース番組をあげる人が最も多く，テレビが61.7%，ラジオが59.7%，次いで友人・知人が48.3%，専門家による指導が41.6%，家族から35.6%であった。「がん情報の入手経路」では，専門家による指導が最も多く63.1%，次いで友人・知人が42.3%，ラジオが36.9%，家族が36.2%，テレビが32.2%，インターネットが26.8%，墨字または点字・音声の専門の本・書籍は25.5%，墨字または点字・音声の専門雑誌は24.2%の順であった。

IV 考 察

1. 本研究の対象者の特性と本研究の限界

本研究の対象者は，点字図書館の利用登録者および視覚障害者団体への登録者，合計311人であり，堺市の視覚障害による障害者手帳保持者2,219人³⁴⁾

表2 回答者のSF8得点

	PCS※1)			MCS※2)		
	回答者数	平均値	標準偏差	回答者数	平均値	標準偏差
全体	138	44.0	9.8	138	47.2	7.7
20歳代	2	48.8	5.7	2	46.0	5.7
30歳代	3	50.3	2.7	3	52.6	5.4
40歳代	17	45.0	12.0	17	45.9	9.9
50歳代	11	47.1	7.4	11	49.4	4.2
60歳代	32	47.9	8.0	32	49.4	5.9
70歳代	45	42.6	8.4	45	46.0	8.1
80歳以上	23	38.2	12.0	23	46.2	8.9

注) 無回答を除く

※1) 身体的健康を示す Physical component summary

※2) 精神的健康を示す Mental component summary

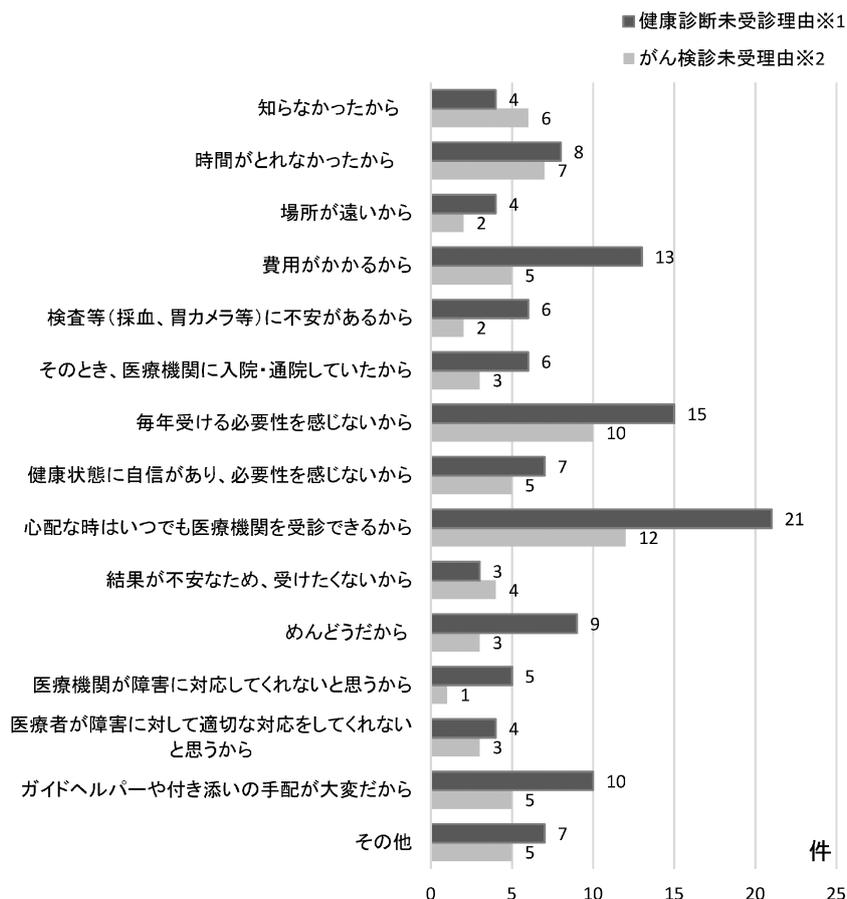
表3 健康診断およびがん検診受診率

	男性（全体）			対策型がん検診対象年齢の男性（40-69歳）			女性（全体）			対策型がん検診対象年齢の女性（20/40-69歳）※		
	対象者数	受診者数	受診率（%）	対象者数	受診者数	受診率（%）	対象者数	受診者数	受診率（%）	対象者数	受診者数	受診率（%）
健診	64	45	70.3	—	—	—	82	51	62.2	—	—	—
胃がん検診	58	22	37.9	29	10	34.5	67	18	26.9	25	10	40.0
肺がん検診	59	23	39.0	29	13	44.8	68	22	32.4	25	9	36.0
大腸がん検診	58	19	32.8	29	10	34.5	70	21	30.0	26	8	30.8
乳がん検診	—	—	—	—	—	—	65	14	21.5	25	8	32.0
子宮頸がん検診	—	—	—	—	—	—	67	15	22.4	25	9	36.0

注) 無回答を除く。

※子宮頸がん検診については20-69歳，その他については40-69歳

図1 健康診断およびがん検診未受診の理由



注) 複数回答

※1: 健康診断・人間ドックを受けなかった52人の回答

※2: 対策型がん検診対象年齢(男性40-69歳で肺がん, 胃がん, 大腸がん検診, 女性は40-69歳で肺がん, 胃がん, 大腸がん, 乳がん, 子宮がん検診, 女性20-39歳で子宮がん検診)で受けなかった項目のある58人の回答

の14%である。また、日本の福祉サービスは、利用を希望する人が自ら利用を申請して初めて利用が認められる、いわゆる「申請主義」で提供されるサービスであるため、家族や地域住民から支援が得にくい人の場合、自らサービスを申請することができずサービスが利用できていない可能性が指摘されている³⁵⁾。すなわち、本研究の対象者は、自ら、もしくは周囲の支援を得て、サービスを利用できている人たちであるといえる。

また、本研究の対象者の背景をみると、手帳等級としては一般に「重度」とされる1級, 2級の人が89.3%を占めるが、音声図書(録音テープまたはデジタル録音図書)、点字図書を利用する人がそれぞれ55.3%, 18.0%, メール・インターネットの利用者も34.0%であった。一人で外出可能な人も45.3%に達し、生活上の対処方法を十分に習得できている人が多いと推察される。

簡易な健康状態尺度であるSF-8の国民標準値調査(平均年齢50.6歳)から算出された標準値は、身

体的健康を示すPCSが48.6点、精神的健康を示すMCSが49.4点で、PCSは加齢と共に低下、MCSは加齢と共に上昇する傾向があるとされている³²⁾。サンプル数が少ないため、統計的な比較は十分にできないが、本研究の対象者の値を年齢別に比較すると顕著な差は見られず、今回の対象者については障害のない人と同程度に健康状態を保つことができている集団であると考えられる。

これらを考え合わせると、点字図書館、視覚障害者団体というサービス提供団体に自ら進んで登録し、情報やネットワークを得ようとする活動的な人々である可能性が高い。よって、本研究の結果は視覚障害者全体の代表値というより、障害者手帳を保持する人のうち、サービスを自ら利用しようとする積極的な人々であり、かつ、自身や周囲の支援により郵送調査に回答可能であった人の状況であることを十分に認識して理解する必要がある。

また、本研究は1つの政令市における一時点の横断的な調査であり、日本全国の状況として普遍化す

表4 ふだんの健康情報・がん情報の入手経路

	ふだんの健康情報		がん情報	
	人	%	人	%
一般マスメディアによる情報				
墨字または点字・音声の新聞※	23	15.4	18	12.1
墨字の新聞	17	11.4	13	8.7
点字・音声の新聞	8	5.4	7	4.7
テレビのニュース・番組	92	61.7	48	32.2
ラジオのニュース・番組	89	59.7	55	36.9
墨字または点字・音声の一般雑誌※	29	19.5	24	16.1
墨字の一般雑誌	8	5.4	7	4.7
音声・点字の一般雑誌	22	14.8	18	12.1
墨字または点字・音声の一般の本・書籍※	27	18.1	28	18.8
墨字の一般の本・書籍	11	7.4	11	7.4
音声・点字の一般の本	18	12.1	19	12.8
専門資料				
墨字または点字・音声の専門雑誌※	29	19.5	36	24.2
墨字の専門雑誌	17	11.4	17	11.4
音声・点字の専門雑誌	13	8.7	22	14.8
墨字または点字・音声の専門の本・書籍※	26	17.4	38	25.5
墨字の専門の本・書籍 (医療・健康に関する書籍など)	13	8.7	18	12.1
音声・点字の専門の本	15	10.1	22	14.8
インターネット媒体				
インターネット	36	24.2	40	26.8
メール	8	5.4	7	4.7
ブログ・ツイッター・フェイスブックなど	6	4.0	5	3.4
対人的な情報				
家族から	53	35.6	54	36.2
友人・知人から	72	48.3	63	42.3
医療機関・行政の情報				
病院の掲示・配布物など	14	9.4	20	13.4
医師・保健師など専門家による指導	62	41.6	94	63.1
健康教室・講演会	11	7.4	10	6.7
墨字または音声・点字の広報誌※	37	24.8	28	18.8
墨字の政府や自治体の広報誌	17	11.4	10	6.7
音声・点字の広報誌	22	14.8	20	13.4
その他	5	3.4	4	2.7
特に得ていない	1	0.7	5	3.4

注) 無回答を除く149人の回答。

※) それぞれの項目の下段にある斜体で示した墨字、音声・点字の媒体のいずれか、またはその両方を用いている割合

ることはできない。さらに本研究の結果は単純集計結果の提示であり、関連要因の検討を行っていないことも限界である。今後、他地域での調査や点字図書館等のサービスを利用していない対象者での検討、ならびに変数間の丁寧な検討を深めることも必要である。

この点を踏まえたうえで、本研究で得られた結果

から見える視覚障害者の健診・検診の受診と健康医療情報の入手の現状、ならびに実践への示唆を検討したい。

2. 対象者の健診とがん検診の受診率と未受診の理由

健診を受診した人の割合は男性で70.3%、女性で62.2%であり、平成25年国民生活基礎調査による全

国値³³⁾の男性67.2%, 女性57.9%を上回る値であった。

がん検診の受診率については、対策型がん検診の主たる対象年齢に絞ると、男性で、胃がん検診が34.5%, 肺がん検診が44.8%, 大腸がん検診が34.5%であった。この値は平成25年国民生活基礎調査による全国値, それぞれ45.8%, 47.5%, 41.4%と比べると、胃がん, 大腸がん検診ではこれらの値を下回る状況であったが、同じ調査の大阪府の値³⁶⁾はそれぞれ, 35.3%, 37.4%, 32.5%であり、この値と比べると同水準かそれ以上の高い割合である。女性では、検診の種類によって差はあるが、胃がん検診40.0%, 肺がん検診36.0%, 大腸がん検診30.8%, 乳がん検診32.0%, 子宮頸がん検診36.0%であった。同様に平成25年国民生活基礎調査による全国値³³⁾, 33.8%, 37.4%, 34.5%, 34.2%, 32.7%と比べると胃がん, 子宮頸がん検診は若干高く、肺がん, 大腸がん, 乳がん検診では若干下回ったが、大阪府の値³⁶⁾それぞれ25.6%, 27.9%, 27.4%, 26.6%, 27.3%と比べるといずれも高い値である。

サンプル数が少ない今回の分析対象者に限られる傾向であるが、健診やがん検診受診率そのものでみると、国民生活基礎調査による障害をもたない人々の値と同等かそれ以上の割合で健診やがん検診を受診し、健康については気を使っている人が多いと考えられる。ただ、郵送による標本調査の回答者から算出されるがん検診受診率は過大評価となる可能性が高いと指摘されていることから³⁷⁾、今回の調査結果も受診率を過大評価している可能性があり、国民生活基礎調査と同様に訪問回収調査を実施した場合には、今回の調査結果より低い値となる可能性が考えられる。

さらに、特徴的なのは、健診やがん検診を受診しなかった理由に「医療機関が障害に対応してくれないと思うから」、「医療者が障害に対して適切な対応をしてくれないと思うから」、「ガイドヘルパーや付き添いの手配が大変だから」をあげた人が一定数いることである。特に、「ガイドヘルパーや付き添いの手配が大変だから」は、一般住民においても多くあげられる「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」、「毎年受ける必要性を感じないから」、「費用がかかるから」といった理由に次ぐ大きな要因としてあげられており、切実な問題であると考えられる。ことに、今回の対象者がサービスを積極的に活用し、活動的であり、健康状態が保たれている人が多いという特徴を踏まえてなおこのような理由が多くあげられていることは特筆すべきことである。

これは欧米の先行研究^{12,14,15,21)}とも一致する傾向であり、一般の人以上に健康リスクを抱えている障害のある人¹²⁾の健診やがん検診の利用が阻害される状況の改善は急務であろう。また、医療機関や医療者の不適切な対応を予期したと考えられる回答は、医療機関の利用にあたって日常的に不便や不快を感じている可能性も示唆される。Scheer¹⁴⁾が指摘するような通院手段の利便性の向上、手続き上の困難の軽減や、Morriso¹⁹⁾らが指摘する専門職の障害に対する知識の普及やコミュニケーションギャップの解消が求められていると考えられる。

3. 対象者の健康医療情報の入手経路の特徴

本研究の対象者の「ふだんの健康情報の入手経路」および「がん情報の入手経路」を2012年4月に行われた高山らの一般住民の調査の集計結果²²⁾と比較すると以下のような傾向がみられる。高山らの一般住民の調査結果では、「ふだんの健康情報の入手経路」は、「テレビ(66.9%)」、「新聞(40.9%)」、「インターネット(29.0%)」、「友人・知人から(24.8%)」、「家族から(18.9%)」の順に高く、「専門雑誌」、「専門の本・書籍」はそれぞれ7.8%, 4.4%のみであったと報告されている。本研究の結果も「ふだんの健康情報の入手経路」についてはテレビが最も多く、次いでラジオが多くなっており、一般のマスメディアからの情報が最も多い傾向は同じであった。一方、一般住民ではマスメディアに次いで高い割合を示す「インターネット(24.2%)」よりも「家族から(35.6%)」および「友人・知人から(48.3%)」という身近な人からの情報をあげる人が顕著に高い傾向があること、「専門雑誌(19.5%)」、「専門の本・書籍(19.5%)」から情報を得ると回答した人が多いことが本研究の対象者の特徴といえる。

「がん情報の入手経路」については、一般住民においては、専門家による指導が最も多く(61.0%)、次いでインターネット(40.0%)、専門雑誌(27.3%)、専門の本・書籍(23.5%)、テレビ(25.4%)、友人・知人から(22.1%)と続いていると報告されている。本研究の対象者でも「医師・保健師などの専門家からの指導」による割合が最も高く(63.1%)、一般マスメディアからの情報の割合が低くなる傾向は同様であるが、専門雑誌(24.2%)や専門書籍(25.5%)よりも「家族から(36.2%)」、「友人知人から(42.3%)」という身近な人からの情報を挙げる割合が目立って高かった。

高山らはインターネットで利用できる様々なツールの普及や行政の主導による医療情報環境の整備に伴い、ある程度の情報を入手しやすくなる一方で、患者自らが情報を探索し、活用することが求められ

るといふ医療場面における変化があること、その変化の中で漏れ落ちる層への対応の必要性を指摘している²²⁾。デジタル情報が使える人と使えない人の格差、いわゆる「デジタルデバイド」はますます広がっていることも指摘されており^{38~41)}、障害のある人の中でもデジタル機器やインターネットを使いこなせる人は限られ、これらの普及による恩恵を受けられる人の割合は障害のない人における割合よりも低いことが指摘されている⁴²⁾。本研究の対象者は、ふだんの健康情報の入手にあたって専門雑誌や専門書籍を利用する人が多い集団であったが、がんと診断されたような、より専門特化した情報を必要とする状況の場合にもこれらの媒体の利用の割合は大きくは変わらず、テレビやラジオなどの一般的な情報源と、人的ネットワークを介した情報入手の割合の方が高かった。このことは、視覚障害のある人は、日常の情報入手経路と異なる方法で情報を得ることが難しいこと、専門的な情報を利用できるのは日常的にそれらの情報を利用している人に限られること、そのため一般的な情報に頼らざるを得ない人が多数に上ること、また、視覚障害のある人の中でも情報を得られる人と得られない人の格差は大きく、情報を得にくい人には人的ネットワークを介さなければ必要な情報は届かない可能性が示唆された。

4. 実践への示唆

2014年の障害者の権利条約の批准、障害者差別解消法の施行（2016年4月）といった動き^{29,30)}の下、ガイドライン⁴³⁾では、医療機関も障害者のニーズに沿って対応することを求めている。本研究での知見からは、具体的に以下のような取り組みが求められていることが示唆される。

第一に障害者のニーズと対応方法についての医療従事者への周知である。欧米諸国で指摘されているように^{15,17,19)}、日本においても医療者が障害者のニーズに対して教育する機会は限られていることが予測されることから、すぐに実践できるよう、ニーズと対応方法について具体的に提示していくことが必要であろう。

第二に利用できる情報媒体の普及である。医療の個別の情報、専門家からの直接の情報提供がきわめて重要であり、本研究の対象者もがんと診断された際に利用する情報として医療専門家からの情報を挙げた人が最も多かったが、限られた受診場面の時間だけではすべてを理解することが難しい。少なくとも、患者や家族向けに発信されているがん情報を障害のある人も同様に利用できるような音声や点字の代替手段でも提供することは重要である。なお、日常生活の情報入手手段として利用している情報の形

式が、音声（録音テープ・デジタル録音図書）を用いる人が55.3%、メール・インターネットを用いる人が34.0%、墨字を用いる人が22.7%、点字を用いる人が18.0%と多様であることから、その人にあった形式での提供が必要であり、それには医療情報を提供する機関と点字図書館等の視覚障害者支援専門機関との連携が必須であると考えられる。

第三に情報提供ルートの開拓にあたっては、視覚障害者が日常的に利用する情報源からのアプローチを強化する必要がある。情報入手行動について、Ruppel⁴⁴⁾は、能動的に自ら情報を探そうとする Information Seeking だけでなく、“受動的に入ってくる情報に意識を向ける”という Information Scanning の重要性を指摘している。本研究の対象者は、「がん情報の入手」においても一般マスメディアの情報や身近な人を介した情報源を挙げる割合が高かったことから、障害のある人を日常的に支援する点字図書館等の機関を通じて健康医療情報やサービスの情報を普及させること、もう一方で障害のある人の家族や知人が目にする一般向けの発信の中に、障害のある人が利用できる、利用しやすい情報やサービスについての情報提供を行っていく両方向での取り組みが有用であろう。

V 結 語

点字図書館または視覚障害者団体に登録している311人への調査より、健診やがん検診の受診にあたっては付き添い者の確保の困難や医療機関の対応への不安が未受診の理由にあること、健康医療情報の入手については、一般住民ではインターネットや専門的資料の利用の割合が増える「がん情報の入手経路」においても、一般のマスメディアからの情報や人を介した情報入手経路が多数を占めることが明らかになった。医療機関に対して視覚障害のある人への適切な対処方法を周知すること、医療者が視覚障害のある人への説明しやすい環境を整備すること、視覚障害者が利用しやすい健康医療サービスや情報について、視覚障害者サービス機関を通じた周知と一般向けの広い周知の双方が必要であると考えられた。

本研究は平成26年度国立がん研究センター研究開発費「情報弱者に焦点を当てたがん情報の収集と効果的な活用、そして評価のあり方に関する研究」によって実施しました。

本研究にご協力いただきました、堺市立健康福祉プラザ視覚・聴覚障害者センターの原田敦史氏、高橋三智氏、王田桂子氏、堺市視覚障害者福祉協会の浦友亮氏に

記して御礼申し上げます。また調査にご回答いただいた皆さま、録音・点字版作成にご協力いただきました皆様に厚く御礼申し上げます。

本研究に関する著者らの利益相反はございません。

(受付 2016. 1.29)
(採用 2017. 2.22)

文 献

- 1) 近藤克則, JAGES プロジェクト. 健康格差とソーシャル・キャピタルの『見える化』 健康格差と健康の社会的決定要因の「見える化」: JAGES 2010-11プロジェクト. 医療と社会 2014; 24(1): 5-20.
- 2) Kuwahara A, Takachi R, Tsubono Y, et al. Socioeconomic status and gastric cancer survival in Japan. *Gastric Cancer* 2010; 13(4): 222-230.
- 3) 豊川智之, 村上慶子, 兼任千恵, 他. 健康格差の社会経済的要因 医療サービスへのアクセスと水平的公平性. 医療と社会 2012; 22(1): 69-78.
- 4) 中谷友樹. 地理空間の中の格差と健康: 東京大都市圏の所得と健康の地理的格差を通して. 保健医療社会学論集 2008; 18(2): 36-48.
- 5) 近藤尚己. 地域診断のための健康格差指標の検討とその活用. 医療と社会 2014; 24(1): 47-55.
- 6) Ko KD, Lee KY, Cho B, et al. Disparities in health-risk behaviors, preventive health care utilizations, and chronic health conditions for people with disabilities: the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92(8): 1230-1237.
- 7) 松尾兼幸. 重度心身障害者における乳癌検診の現状と問題点. 日本乳癌検診学会誌 2007; 16(1): 122-125.
- 8) Stuijbergen AK, Morris M, Jung JH, et al. Benefits of wellness interventions for persons with chronic and disabling conditions: a review of the evidence. *Disabil Health J* 2010; 3(3): 133-145.
- 9) Williams-Piechota P, Uhrig J, Doto JK, et al. An evaluation of health communication materials for individuals with disabilities developed by three state disability and health programs. *Disabil Health J* 2010; 3(3): 146-154.
- 10) Smith RD. Promoting the health of people with physical disabilities: a discussion of the financing and organization of public health services in Australia. *Health Promotion International* 2000; 15(1): 79-86.
- 11) Smith RD. Health promotion and the disabled: funding issues. Monash University Faculty of Business and Economics Working Papers. 1997. <http://arrow.monash.edu.au/hdl/1959.1/2687> (2017年3月3日アクセス可能).
- 12) DeJong G. Primary care for persons with disabilities. An overview of the problem. *Am J Phys Med Rehabil* 1997; 76(3 Suppl): S2-S8.
- 13) Carroll DD, Courtney-Long EA, Stevens AC, et al. Vital signs: disability and physical activity—United States, 2009–2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63(18): 407-413.
- 14) Scheer J, Kroll T, Neri MT, et al. Access barriers for persons with disabilities: the consumer's perspective. *Journal of Disability Policy Studies* 2003; 13(4): 221-230.
- 15) Angus J, Seto L, Barry N, et al. Access to cancer screening for women with mobility disabilities. *J Cancer Educ* 2012; 27(1): 75-82.
- 16) Morrison EH, George V, Mosqueda L. Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups. *Fam Med*. 2008; 40(9): 645-651.
- 17) Robey KL, Minihan PM, Long-Bellil LM, et al. Teaching health care students about disability within a cultural competency context. *Disabil Health J* 2013; 6(4): 271-279.
- 18) Walker JA, Volk K, Smith SL, et al. Parallel evolution using multi-chromosome Cartesian genetic programming. *Genet Program Evolvable Mach* 2009; 10(4): 417-445.
- 19) Morris MA, Yorkston K, Clayman ML. Improving communication in the primary care setting: perspectives of patients with speech disabilities. *Patient* 2014; 7(4): 397-401.
- 20) Turner S, Moss S. The health needs of adults with learning disabilities and the Health of the Nation strategy. *J Intellect Disabil Res* 1996; 40(5): 438-450.
- 21) Smith DL. Disparities in health care access for women with disabilities in the United States from the 2006 National Health Interview Survey. *Disabil Health J* 2008; 1(2): 79-88.
- 22) 高山智子, 八巻知香子. 必要とする人により効果的に健康関連情報を届けるために: 人々の情報探索行動の特徴からの検討. 保健医療社会学論集 2016; 27(1): 39-50.
- 23) Johnson JD, Case DO. *Health Information Seeking*. New York: Peter Lang Publishing. 2012.
- 24) 大胡田誠. 全盲の僕が弁護士になった理由: あきらめない心の鍛え方. 東京: 日経 BP 社. 2012.
- 25) Smedema SM, McKenzie AR. The relationship among frequency and type of internet use, perceived social support, and sense of well-being in individuals with visual impairments. *Disabil Rehabil* 2010; 32(4): 317-325.
- 26) 佐藤聖一. 1からわかる図書館の障害者サービス: 誰もが使える図書館を目指して. 東京: 学文社. 2015.
- 27) 福祉労働編集委員会, 編. 季刊福祉労働123号 情報保障・コミュニケーション支援. 東京: 現代書館. 2009.
- 28) Craven J. Access to electronic resources by visually impaired people. *Information Research* 2003; 8(4): 156.
- 29) 内閣府. 障害を理由とする差別の解消の推進. <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/sabekai.html>

- (2016年 8月 2日アクセス可能).
- 30) 障害者差別解消法解説編集委員会. 概説 障害者差別解消法. 京都: 法律文化社. 2014.
- 31) 国立がん研究センター. 国立がん研究センターと堺市立健康福祉プラザ視覚・聴覚障害者センターとのがん情報普及のための協定締結について. 2012. http://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/press_release_20121023_02.html (2017年 3月 3日アクセス可能).
- 32) 福原俊一, 鈴嶋よしみ. SF-8™ 日本語版マニュアル. 第2版. 京都: 健康医療評価研究機構. 2012.
- 33) 厚生労働省. 平成25年国民生活基礎調査の概況 III 世帯員の健康状況. 2014. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/> (2016年 8月 2日アクセス可能).
- 34) 堺市. 障害者手帳所持者数等 身体障害者(児)の障害種別・等級別数(平成26年度末). 2015. <http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/toukei/techoshojisha.html> (2016年 8月 2日アクセス可能).
- 35) 高橋紘士. 高齢者の社会的孤立と精神保健 高齢者の社会的孤立と社会病理: 孤立死の一般化. 老年精神医学雑誌 2011; 22(6): 685-691.
- 36) 国立がん研究センター. がん情報サービス 統計 6. 都道府県別がん検診受診率データ(国民生活基礎調査データ). 2014. http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html#pref_screening (2016年 8月 2日アクセス可能).
- 37) 島田剛延, 加藤勝章, 菊池亮介, 他. 標本調査によるがん検診受診率の推計とその問題点. 日本消化器がん検診学会雑誌 2011; 49(5): 635-648.
- 38) Kreps GL, Gustafson D, Salovey P, et al. The NCI Digital Divide Pilot Projects: implications for cancer education. *J Cancer Educ* 2007; 22(1 Suppl): S56-S60.
- 39) Kreps GL. Disseminating relevant health information to underserved audiences: implications of the Digital Divide Pilot Projects. *J Med Libr Assoc* 2005; 93(4 Suppl): S68-S73.
- 40) Haughton LT, Kreuter M, Hall J, et al. Digital divide and stability of access in African American women visiting urban public health centers. *J Health Care Poor Underserved* 2005; 16(2): 362-374.
- 41) Kalichman SC, Weinhardt L, Benotsch E, et al. Closing the digital divide in HIV/AIDS care: development of a theory-based intervention to increase Internet access. *AIDS Care* 2002; 14(4): 523-537.
- 42) Cheatham LP. Effects of Internet use on well-being among adults with physical disabilities: a review. *Disabil Rehabil Assist Technol* 2012; 7(3): 181-188.
- 43) 厚生労働大臣. 障害者差別解消法医療関係事業者向けガイドライン: 医療分野における事業者が構すべき障害を理由とする差別を解消するための措置に関する対応指針. 2016. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sabetsu_kaisho/dl/iryuu_guideline.pdf (2016年 8月 2日アクセス可能).
- 44) Ruppel EK. Scanning health information sources: applying and extending the comprehensive model of information seeking. *J Health Commun* 2016; 21(2): 208-216.
-