

回	日	題	参加者
0	2006年4月20日	(全職員に対して) 講演	168名
1	2006年5月19日	「責任とは」～法的責任と倫理的責任朝日新聞朝刊(2006年5月17日)掲載	23名
2	2006年6月16日	「謝罪とは」NHKクローズアップ現代(2006年6月22日)放映	28名
3	2006年7月20日	「組織と個人」	21名
4	2006年8月24日	事故に対する医療者と患者・家族の見方のギャップ	22名
5	2006年9月28日	医療者間のコミュニケーションを考える	20名
6	2006年10月20日	困ったシリーズ1 「困った患者・家族」	17名
7	2006年11月29日	困ったシリーズ2 「困った医療者」	13名
8	2006年12月21日	困ったシリーズ3 「困った上司・部下」	24名
9	2007年1月16日	これまでの研修会から NHK生活ほっとモーニング(2007年1月31日)放映 NHK・ETVワイドともに生きる(2007年3月10日)放映	22名
10	2007年2月22日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう「再度-謝罪を考える」(その1)	17名
11	2007年3月22日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう「再度-謝罪を考える」(その2)	18名
12	2007年4月27日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう「研修医が事故を起こした場合」(その3)	31名
13	2007年5月31日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう「合併症」(その4)	36名
14	2007年6月21日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう「研修医」「合併症」(その5)	33名
15	2007年7月19日	若葉マークと、「心配ない」「大丈夫」という言葉を考える 読売新聞朝刊(2007年8月14日)掲載	40名
16	2007年8月20日	患者家族と医療者が対話するために-ADRを考える	32名
17	2007年9月27日	患者家族の要望に医療者はどこまでこたえるべきか	約40名
18	2007年10月31日	医療事故の教訓をどのようにして病院・職員に伝えていくのか-患者の立場に立ち	約40名
19	2007年11月28日	うそをつかない、真実を語る	約35名
20	2007年12月26日	リスクの高い医療において、患者さんの同意はどのような意味をもつか	約30名
21	2008年1月16日	先生の「おかげです」と、先生の「せい」ですとを、分けるもの	15名

患者・消費者の適切な医療参加に向けたヘルスリテラシーの検討

分担研究者	杉森 裕樹	大東文化大学
研究協力者	高安 令子	大東文化大学
研究協力者	大神 英一	早良病院
研究協力者	保田 明夫	大東文化大学、平和情報センター
主任研究者	中山 健夫	京都大学大学院

研究要旨

医療消費者・患者団体とパートナーシップを構築していくためには、医療者側の課題解決だけでは不十分であり、患者側のリテラシースキルの向上も重要である。近年、欧米でリテラシーの中で、とくに保健・医療領域に焦点を当てた「ヘルスリテラシー」の概念が注目されている。ヘルスリテラシーとは「認知および社会生活上のスキルを意味し、良好な健康の増進または維持に必要な情報にアクセスし、理解し、そして利用していくための個人の意欲や能力である」である。今日においては、健康情報を正しく読みこなし、検査値や危険度などの数字の意味を理解することが重要である。わが国では識字率も高く、大部分の国民が高いヘルスリテラシーを有していると考えられる。しかし、今回、医療用語の認知度（ヘルスリテラシー）と全体的健康感に有意に関連性があることが示唆された。したがって、わが国でも国民の間にヘルスリテラシーの格差（ディバイド）が、少なからず存在している可能性があり、予防や医療の効果に差を生み出す可能性などについて十分検討する必要がある。今後、わが国のヘルスリテラシーの検討が積極的になされて、医療者が患者・消費者と良いパートナーシップを構築していくことが期待される。

A. 研究目的

「診療ガイドライン」への患者・消費者参加を進めるためには、対話的コミュニケーションの継続が必要である。医療消費者・患者団体とパートナーシップを構築していくためには、医療者側の課題解決だけでは不十分であり、対話的コミュニケーションに不可欠な患者側のリテラシースキルの向上も重要である。

近年、欧米でリテラシーの中で、とくに保健・医療領域に焦点を当てた「ヘルスリテラシー」の概念が注目されている。ヘルスリテラシーとは「認知および社会生活上のスキルを意味し、良好な健康の増進または維持に必要な情報にアクセスし、理解し、そして利用していくための個人の意欲や能力である」（WHO Health Promotion Glossary 1998）である。今日においては、健康情報を正しく読みこなし、検査値や危険度などの数字の意味を理解することが肝要である。

本研究の目的は、欧米で広く使われているヘルスリテラシーの評価ツールを参考にして、日本語を話す人々を対象にしたヘルスリテラシー評価ツールの開発を目的として試行的に医療用語の認知度と主観的健康感の関連性について検討した。

B. 研究方法

対象は、職域事業所の日本人従業員 466 人（男性 268 名、女性 198 名、表 1 に年齢分布）である。

米国でヘルスリテラシー評価ツールとして用いられている The Rapid Estimates of Adult Literacy in Medicine (REALM) や Test Of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) 等を参考にして日本語の評価ツールの開発を行った。一般従業員のフォーカスグループインタビューを経て、さらにデルファイ法で選択した次の 27 つの医学用語について調査した。

タンパク質、悪性所見、限局性、頻度、日内変動、随伴症状、既往歴、中性脂肪、座薬、心因性、吐血、近医、頓服、下血、インスリン、便潜血、グルコース、HDL コレステロール、脾臓（ひぞう）、ヘモグロビン、網膜症、メタボリック症候群、タール便、ケトアシドーシス、食事バランスガイド、早寝早起き朝ごはん、エクササイズガイド

27 用語それぞれについて、「聞いたことがないし、意味も知らない」、「聞いたことがあるが、意味は知らない」、「聞いたことがあり、意味も何となくわかる」、「聞いたことがあり、意味も知っている」、「聞いたことがあり、意味も良く知っている」の 5 段階で質問紙調査を行った。本検討では、このうち「聞いたことがあり、意味も知っている」、「聞いたことがあり、意味も良く知っている」の 2 つの選択肢を選んだときに、その医療用語について認知している（ヘルスリテラシーが相対的に高い）と定義した。

さらに、「聞いたことがないし、意味も知らない」=1点、「聞いたことがあるが、意味は知らない」=2点、「聞いたことがあり、意味も何となくわかる」=3点、「聞いたことがあり、意味も知っている」=4点、「聞いたことがあり、意味も良く知っている」=5点とスコアリングして、27つの医療用語の総点数を算出し(医療用語総得点)、quartile(四分位)で分類した。

一方、同時に調査した代表的な健康関連 QOL (HRQOL)である SF8TMスタンダード版(1ヶ月)の、8つの下位ドメインの中で、主観的健康感を測る目的で全体的健康感(General health perceptions: GH)を用いた。5つの選択肢のうち「最高に良い」、「とても良い」、「良い」と答えた者を「健康」とし、「あまり良くない」「良くない」「ぜんぜん良くない」と答えた者を「不健康」とした。

C. 研究結果およびD. 考察

表2に示したように、ほとんどの医療用語において、認知している者(ヘルスリテラシーが相対的に高い者)は「健康」とされる割合が高かった。このうち、「タンパク質」「頻度」「近医」「下血」「インスリン」「便潜血」「脾臓(ひぞう)」では、「健康」の割合が有意に高かった。(p<0.05)

また、図に示すように、医学用語総得点(四分位別)が高くなるほど、「健康」の割合が増加した。

なお、本検討では、調整因子として年齢、社会経済的状態、性差、雇用形態、職種、疾病の有無等があげられるが、今後、詳細な検討が必要である。また、自記式調査票による調査であり、医療用語の認知や理解度の評価の妥当性の検証も必要である。

ヘルスリテラシーを改善することは、単に健康情報を正確に理解できるようになることだけではなく、健康情報に接する機会を自分で積極的に増やして、それを効果的に活用していくことである。そしてエンパワーメント(生活を自分でコントロールしていく能力の向上)により、さらに自らの健康度を高めていく概念である。本検討が、その一助になることが期待される。

E. 結論

わが国では識字率も高く、大部分の国民が高いヘルスリテラシーを有していると考えられる。しかしながら、今回、医療用語の認知度(ヘルスリテラシー)と全体的健康感に関連性があることが示唆された。わが国でも国民の間にリテラシースキルの格差が、少なからず存在している可能性があり、ヘルスリテラシー格差(ディバイド)が予防や医療の効果に差を生み出す可能性などについて十分検討する必要がある。

今後、わが国のヘルスリテラシーの検討が積極的になされて、医療関係者が患者・消費者と、より良いパートナーシップを構築していくことが望まれる。

F. 健康危害情報

なし

G. 研究業績

1. 杉森裕樹(分担翻訳)、マイケル・マーモット(著)、鏡森定信、橋元英樹(監訳)、ステータス症候群—社会格差という病ステータス症候群。日本評論社(東京)、2007.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし.

	度数	割合(%)
10代	5	1.07
20代	101	21.67
30代	146	31.33
40代	111	23.82
50代	86	18.45
60代	17	3.65

表2. 医学用語の認知度（ヘルスリテラシー）と全体的健康感

	全体的健康感						
	健康 [¶]			不健康			chi-square
	n		%	n		%	p value
タンパク質	134 /	268	50.0%	74 /	184	40.2%	0.0404*
悪性所見	65 /	265	24.5%	31 /	183	16.9%	0.0543
限局性	11 /	266	4.1%	5 /	184	2.7%	0.4245
頻度	147 /	264	55.7%	85 /	184	46.2%	0.0481*
日内変動	29 /	263	11.0%	18 /	183	9.8%	0.6871
随伴症状	14 /	264	5.3%	5 /	184	2.7%	0.1815
既往歴	97 /	265	36.6%	58 /	183	31.7%	0.2829
中性脂肪	139 /	267	52.1%	88 /	184	47.8%	0.3768
座薬	197 /	266	74.1%	132 /	184	71.7%	0.5851
心因性	78 /	265	29.4%	47 /	184	25.5%	0.3657
吐血	206 /	266	77.4%	134 /	184	72.8%	0.2625
近医	53 /	265	20.0%	18 /	183	9.8%	0.0038**
頓服	91 /	264	34.5%	59 /	184	32.1%	0.5957
下血	144 /	267	53.9%	79 /	184	42.9%	0.0217*
インスリン	96 /	268	35.8%	48 /	183	26.2%	0.0319*
便潜血	84 /	265	31.7%	41 /	183	22.4%	0.0311*
グルコース	21 /	265	7.9%	10 /	184	5.4%	0.0666
HDLコレステロール	73 /	267	27.3%	36 /	182	19.8%	0.3061
脾臓(ひぞう)	54 /	267	20.2%	19 /	183	10.4%	0.0054**
ヘモグロビン	82 /	266	30.8%	45 /	182	24.7%	0.1593
網膜症	58 /	266	21.8%	29 /	181	16.0%	0.1296
メタボリック症候群	158 /	268	59.0%	94 /	183	51.4%	0.1110
タール便	28 /	266	10.5%	10 /	181	5.5%	0.0627
ケトアシドーシス	4 /	266	1.5%	1 /	183	0.5%	0.3422
食事バランスガイド	58 /	267	21.7%	32 /	182	17.6%	0.2820
早寝早起き朝ごはん	143 /	267	53.6%	102 /	183	55.7%	0.6484
エクササイズガイド	57 /	265	21.5%	28 /	183	15.3%	0.0994

¶ SF8の全体的健康感(General health perceptions: GH)の5つの選択肢のうち、'最高に良い' 'とても良い' '良い'と答えた者を「健康」とした。
「不健康」は'あまり良くない' '良くない' 'ぜんぜん良くない'と答えた者とした。

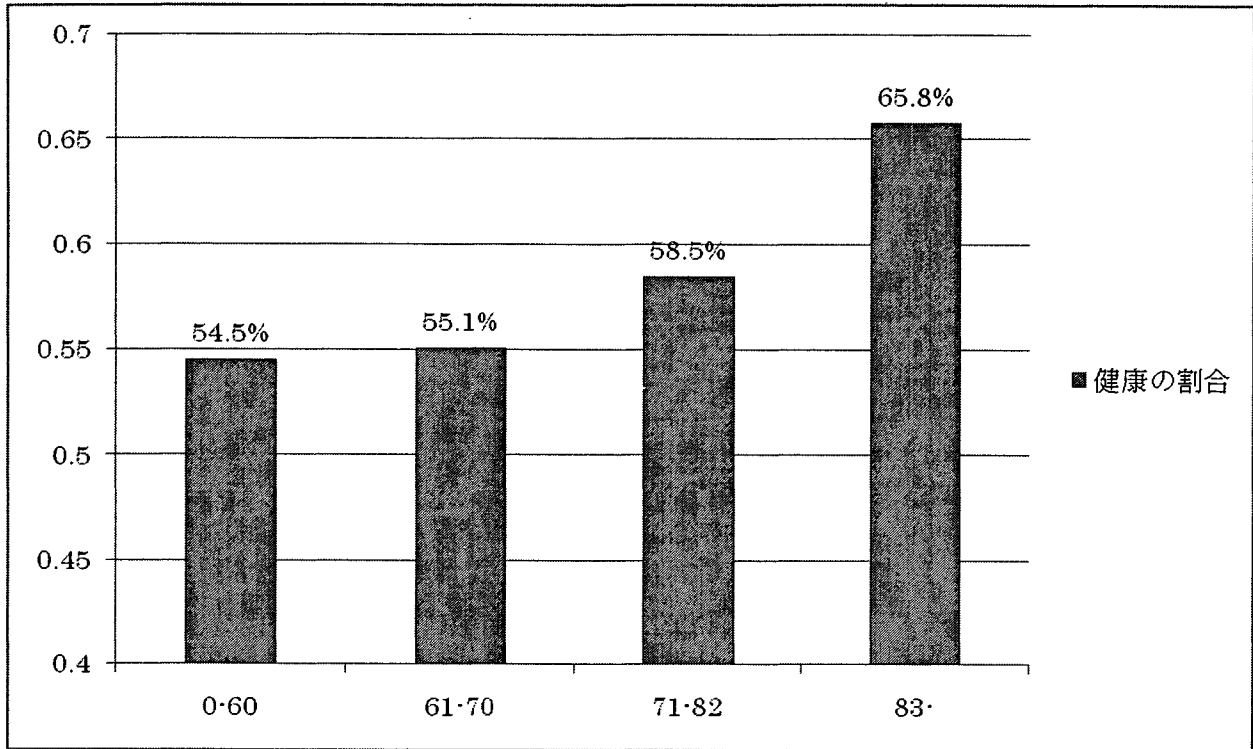


図. ヘルスリテラシー総得点（医学用語総得点四分位）と全体的健康感

患者・消費者参加推進のための公的・非公的な制度づくりに関する研究

分担研究者 河原 和夫(東京医科歯科大学大学院政策科学分野)

研究要旨

診療ガイドラインの作成なども含めて患者・消費者が医療に参加することを促進するためにはさまざまな方策が考えられる。

医療制度改革の一環として医療計画制度が改まり、平成 20 年 4 月から新たな計画が全国一斉にスタートする。新たな医療計画は、その策定から実施、そして評価に至るプロセスで住民や患者の意見を聴き、参画させることを旨としている。また、住民・患者が地域の医療の提供体制や医療機関の特性を正確に理解して、医療機関選択の一助や医療提供体制を評価できるようにするために「医療機能情報公表制度」が始まる。

特に今般の医療機能情報公表制度は医療機関の諸情報を都道府県が集めてインターネットを中心に患者・消費者に情報を提供していくものである。

この制度により今後、医療情報については都道府県が主体となり医療機関などのサイトともリンクした形で患者・消費者との間でやり取りされる“医療機能情報公表制度”という政策が推進されることになった。

本研究では、将来医療機能情報公表制度の掲載項目がさらに質・量ともに充実することを視野に入れ、基盤となるインターネットの問題点についても考察した。

A. 目的

近年、国や学会などで指針作成などの活発な動きが見られるものの、これらが作成され公表されるのみでは、十分に広く国民や専門家にその主旨が伝わるものではない。いわば、研究者や医療遂行者側の認識と国民側の認識のベクトルを同一方向に向けることにより、より大きな総合力を発揮することができる。ベクトルの方向が違っていけば、意見が対立し、総合力は大きく減衰することは言うまでもない。

本研究は、診療ガイドラインをはじめとする医療情報が理念や利害が対立する場面も想定される患者・消費者にいか

広く受け入れられる形で伝播していくか。あるいは逆に、患者・消費者の認識や受け入れ態勢がいかに行行政や医療提供側に還元されていくか、という点について、その手法開発を行っていくことが目的である。

B. 方法

2008 年 4 月から実施される新・医療計画制度や医療機能情報公表制度、そして東京都の「保健医療に関する世論調査」の特性を分析したところ、インターネットの場を介した情報の流通が政策の流れでもあり、若い世代を中心にイン

ーネットの指向性が強い。

そこで患者・消費者が診療ガイドラインをはじめとする医療情報に接する機会の増大やの作成に参画したり利用の促進、認知を深めるためにインターネットを活用することや問題点について過去の審議会の資料なども参考にしながら検討した。

C. 結果

C-1. 医療機能情報公表制度

住民・患者が求める医療情報は、「医師の経歴など一般事項として」として出身大学、留学経験、専門分野、専門医、学位、所属学会など、「患者指導・説明」に関することとしてインフォームド・コンセント、セカンド・オピニオン、クリニカル・パス、診療ガイドライン、患者参加、カルテ等の診療情報の開示状況、医療訴訟における参考人医師、「医院・病院の特徴」として医療機関が診療に当たったの基本理念、運営方針、診療科目、差額ベッド、「各種証明書の請求・発行」などが挙げられる。

「医療の質」に関する事項としては、専門分野、専門医、手術・処置件数と予後、生存率等の成績、外来・入院日数（治療日数）、クリニカル・パス、診療ガイドラインなどがある。「近接性」については、立地場所、医療機関に至る時間、救急医療（一般・小児救急）、休日夜間診療状況、在宅医療、福祉・介護サービスへの展開、末期医療、院外処方の状況、「効率性」に

については、外来待ち時間、診察後待ち時間（調剤、会計等）入院待機期間、治療期間、費用がある。「公平性」については公的補助制度（公費負担制度、高額療養費制度）、差額ベッド、「安全性」については、医療事故防止対策、感染管理、過去のアクシデント、インシデントの状況、「安心」に関しては健診、健康増進、かかりつけ医師、患者の治療への参加などの状況、「その他」として、他の医療機関や近医への紹介、福祉、介護との連携などが挙げられる。

今般の医療制度改革の中で、住民・患者が適切に医療機関を選択したり評価するための情報公開制度が創設された。開示される情報を以下に示す。基本情報としての医療機関名、住所、診療科目、診療時間、施設概要と提供している医療サービスや医療連携体制に関する事項、医療の実績・結果に関する事項、駐車場の有無、対応可能な外国語の種類、差額ベッドの数や種類まで金額といった費用面での事項など、病院で 56 項目、診療所で 50 項目にのぼる。以下に病院に関する情報公開項目を例示している。

I. 管理・運営・サービス等に関する事項

連絡担当者

基本情報

- (1) 病院の名称
- (2) 病院の開設者
- (3) 病院の管理者
- (4) 病院の所在地
- (5) 案内用電話番号及びFAX番号
- (6) 病床種別及び届出又は許可病床数
- (7) 診療科目、診療日及び診療時間（外来受付時間）など

病院へのアクセス

- (1) 病院までの主な利用交通手段
- (2) 病院の駐車場
- (3) 案内用ホームページアドレス
- (4) 案内用電子メールアドレス
- (5) 時間外対応
- (6) 面会の日及び時間帯

院内サービス等

- (1) 医療に関する相談に対する体制の状況
- (2) 院内処方の有無
- (3) 入院食の提供方法
- (4) 障害者に対するサービス内容
- (5) 車椅子利用者に対するサービス内容
 - (6) 病院内の売店又は食堂の有無
 - (7) 受動喫煙を防止するための措置
 - (8) 対応することができる外国語の種類

費用負担等

- (1) 保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類
- (2) 選定療養
- (3) 先進医療の実施の有無及び内容
- (4) 治験の実施の有無及び契約件数

(5) クレジットカードによる料金の支払いの可否

II. 提供サービスや医療連携体制に関する事項

診療内容、提供保健・医療・介護サービス

- (1) 専門医の種類及び人数
- (2) 保有する施設設備
- (3) 併設している介護施設
- (4) 対応することができる疾患又は治療内容
- (5) 対応することができる短期滞在手術
- (6) 専門外来の有無及び内容
- (7) 健康診断及び健康相談の実施
- (8) 対応することができる予防接種
- (9) 対応することができる在宅医療
- (10) 対応することができる介護サービス
- (11) セカンド・オピニオンに関する状況
- (12) 地域医療連携体制
- (13) 地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無"

III. 医療の実績、結果に関する事項

- (1) 病院の人員配置
- (2) 看護師の配置状況
- (3) 法令上の義務以外の医療安全対策
- (4) 法令上の義務以外の院内感染対策
- (5) 入院診療計画策定時における院内の連携体制の有無
- (6) 診療情報管理体制
- (7) 情報開示に関する窓口の有無
- (8) 症例検討体制
- (9) 治療結果情報
- (10) 患者満足度調査
- (11) (財) 日本医療機能評価機構による認定の有無
- (12) 患者数及び平均在院日数

これらの内容は、医療機関の基本情報で医療の質に関連する部分が未だ少ないが、順次医療の質に関する情報もその客観性が認められれば組み込まれていく予定である。

都道府県は病院、診療所、助産所といった医療機関からこれらの医療機能に関する情報の提出を受け、主としてインターネットを通じて都道府県民に公表していくことになっている。

東京都は“ひまわり”という医療情報サイトを開設しているが、今後他の道府県でも同様のサイトが開設されることとなる。

診療ガイドラインはこれら医療機能情報のうち、提供サービスや医療連携体制に関する事項や医療の実績、結果に関する事項に深くかかわってくることから、都道府県は解説される医療サイトに医療機関情報と連動した形で患者・消費者に

わかりやすい診療ガイドラインなどの情報を掲示することが必要である。特に「Ⅱ. 提供サービスや医療連携体制に関する事項」の中には、対応することができる疾患又は治療内容の記載欄があり、実施できる各種手術や放射線療法が記載されることになる。この部分は、診療ガイドラインと深く結びついていることから、同時にガイドラインについての記述に容易にアクセスできるような工夫が必要である。

現在、医療に関する情報はマスメディアなどの各種媒体を通じて図1のような分野、内容が患者・消費者に提供されている。Mindsなどのサイトを通じて診療ガイドラインに関する事柄は公表されているものの一般市民等が容易に存在を知りうる状況にはなっていない。また、医療に関する情報の中で、医療制度に関するものは情報提供の空白が生じている。

図1 必要な保健医療の情報と提供主体・手段

情報項目	提供主体と提供の手段	
健康づくり・疾病の予防	健康づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・新聞、テレビ等による報道、テレビ番組等 ・区市町村等が実施する講演会等 ・医師会等の医療関係団体が実施する講演会等 ・各保険者が実施する講演会や広報誌等
	健康診断、検診の情報	<ul style="list-style-type: none"> ・区市町村が発行する広報誌等 ・各保険者が発行する広報誌等
	症状、予防、治療の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・新聞、テレビ等による報道、テレビ番組等 ・区市町村等が実施する講演会等 ・医師会等の医療関係団体が実施する講演会等 ・各保険者が実施する講演会や広報誌等 ・日本医療機能評価機構が運営しているホームページ'Maids ・国立病院が提供している疾患(がん、循環器)の情報
医療の提供	応急手当	<ul style="list-style-type: none"> ・東京消防庁等が実施する講習会
	医療機関の情報	<ul style="list-style-type: none"> ・地区医師会が運営しているホームページ ・都が運営している医療機関案内サービス「ひまわり」
	救急医療機関の情報	<ul style="list-style-type: none"> ・区市町村が発行する広報誌等 ・都が運営している医療機関案内サービス「ひまわり」
	専門の医療機関の情報	<ul style="list-style-type: none"> ・雑誌等による特集記事等 ・都が運営している医療機関案内サービス「ひまわり」
	制度	
	在宅看護等 在宅でのサービス (介護保険含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の医療機関からの情報提供 ・ケアマネージャーからの情報提供
	薬の効能等	<ul style="list-style-type: none"> ・(独)医薬品医療機器総合機構が運営する 医薬品医療機器情報提供ホームページ
健康保険	制度	各保険者が配布している冊子等
	診療点数	
	給付	
苦情・相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会、歯科医師会等で専用窓口を設置 ・都「患者の声相談窓口」を設置 	

出典：東京都医療政策課

東京都の「保健医療に関する世論調査(平成18年5月に都民2,033人から回答があった)」の結果を統計解析し、平素より医療情報をいかにして国民に伝えていくべきかについて下記の要領に則って分析し、都民に限定するが平素から医療情報についてどのように考えているかを分析した。

目的

保健医療に対する世論調査データの統計解析を実施する。具体的には、以下の項目について解析を実施する。

1. 保健医療の情報源(男女別・年齢階層別)
2. 必要な保健医療の情報(男女別・年齢階層別)
3. 医療等の知識を得る機会として充実してほしいこと(男女別・年齢階層別)
4. 日本の医療制度や健康保険制度の認知度(男女別・年齢階層別)
5. 日本の医療制度や健康保険制度の認知度(ライフステージ別)
6. 医療等の知識を得る機会として充実してほしいこと(ライフステージ別)
7. 日本の医療制度や健康保険制度の認知度(インターネットの利用状況別)
8. 医療等の知識を得る機会として充実

してほしいこと(インターネットの利用状況別)

9. 医療等の知識を得る機会として充実してほしいこと(医療・健康保険制度の認知度別)

方法

複数回答可の質問項目に対しては、項目毎にロジスティック回帰分析を実施し、性別や年齢等のオッズ比とその95%信頼区間を計算した。また、年齢等の順序カテゴリカル変数については、評価項目と直線的な相関が認められるかについて、対比を用いた検定を実施した。さらに、モデル内の説明変数が2つ以上存在する場合には、それらの交互作用についても検討を実施した。なお、交互作用の検定における有意水準は10%とした。

単一回答の質問項目については、カテゴリ間の順序性を考慮するために、Mantel-Haenszelの相関性検定を実施した。

なお、解析には統計解析パッケージであるSAS 9.1.3(SAS Institute社)を使用した。検定の有意水準は5%とした(交互作用の検定を除く)。

結果

1. 保健医療の情報源(男女別・年齢階層別)

保健医療の情報源が性別および年齢でどのように異なるかを統計学的に検討した。具体的には、ロジスティック重回帰分析を実施し、性別間および年齢間のオッズ比とその信頼区間を推定した。また、年齢によって情報源に直線的な傾向性（増加または減少）が認められるかを評価した。さらに、性別間の違いが年齢によって異なるか否かを検討するために、年齢と性別の交互作用に対する検定も実施した。解析結果を以下に示す。

テレビ

性別に関するオッズ比 1.188 であり、女性の方が男性よりもテレビを情報源としている傾向がみられた。しかし、その信頼区間は 1 を含むため、上記の結果は統計的には有意ではなかった。一方、年齢については、20 歳代の人に比べて、40 歳代以上の人の方がテレビを情報源としている傾向が見られ、かつ 50 歳代以上では（信頼区間が 1 を含んでいないため）統計的有意差が認められた。年齢が高くなるほどテレビを情報源とする傾向が認められた。なお、性別と年齢の交互作用は認められなかった。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	1.188	0.982	1.437
70 歳代 vs 20 歳代	1.735	1.174	2.564
60 歳代 vs 20 歳代	1.829	1.275	2.625
50 歳代 vs 20 歳代	1.506	1.068	2.124
40 歳代 vs 20 歳代	1.135	0.798	1.613
30 歳代 vs 20 歳代	0.915	0.649	1.292

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
<.0001	0.8121

新聞

性別に有意差は認められなかった。一方で、年齢が高いほど新聞を情報源とする傾向が認められた。年齢と性別の交互作用は有意水準 10% で統計的に有意であったこと。なお、この交互作用の詳細な分析は、内容が極めて複雑になるため、以下では割愛することとした。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	1.044	0.873	1.250
70 歳代 vs 20 歳代	3.314	2.260	4.858
60 歳代 vs 20 歳代	4.315	3.007	6.194
50 歳代 vs 20 歳代	4.182	2.940	5.949
40 歳代 vs 20 歳代	2.706	1.883	3.889
30 歳代 vs 20 歳代	1.527	1.061	2.199

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
<.0001	0.0738

地方公共団体の広報誌

女性の方が男性よりも、地方公共団体の広報誌を情報源としていた。また、年齢が高いほど地方公共団体の広報誌を情報源としていた。交互作用は有意であった。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	1.631	1.353	1.967
70 歳代 vs 20 歳代	5.939	3.796	9.292
60 歳代 vs 20 歳代	4.377	2.851	6.720
50 歳代 vs 20 歳代	3.367	2.203	5.145
40 歳代 vs 20 歳代	3.350	2.166	5.180
30 歳代 vs 20 歳代	3.006	1.945	4.648

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
<.0001	0.0506

友人・知人

女性の方が男性よりも、友人・知人を情報源としていた。また、30歳代以上の方が、20歳代よりも友人・知人を情報源としていた。年齢の傾向性および交互作用は認められなかった。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	1.646	1.364	1.987
70歳代 vs 20歳代	1.614	1.081	2.409
60歳代 vs 20歳代	1.886	1.299	2.739
50歳代 vs 20歳代	1.721	1.193	2.481
40歳代 vs 20歳代	1.342	0.913	1.973
30歳代 vs 20歳代	1.668	1.144	2.434

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
0.4692	0.1143

雑誌の特集記事

女性の方が男性よりも、雑誌の特集記事を情報源としていた。また、40歳代および50歳代の方が、20歳代よりも、雑誌の特集記事を情報源としていた。傾向性および交互作用は認められなかった。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	1.308	1.045	1.638
70歳代 vs 20歳代	1.043	0.637	1.707
60歳代 vs 20歳代	1.133	0.719	1.784
50歳代 vs 20歳代	1.675	1.092	2.569
40歳代 vs 20歳代	1.651	1.060	2.570
30歳代 vs 20歳代	1.094	0.691	1.731

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
0.3245	0.5405

ホームページ

20歳代の方が、60歳代および70歳代よりも、ホームページを情報源としていた。また、年齢が若いほどホームページを情報源としていた。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	0.855	0.671	1.090
70歳代 vs 20歳代	0.116	0.053	0.251
60歳代 vs 20歳代	0.239	0.141	0.407
50歳代 vs 20歳代	0.766	0.510	1.150
40歳代 vs 20歳代	1.052	0.699	1.583
30歳代 vs 20歳代	1.329	0.894	1.976

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
<.0001	0.2502

健康関連の本

女性の方が男性よりも、健康関連の本を情報源としていた。また、年齢が高いほど健康関連の本を情報源としていた。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	1.669	1.257	2.216
70歳代 vs 20歳代	4.509	2.282	8.911
60歳代 vs 20歳代	2.567	1.295	5.088
50歳代 vs 20歳代	3.762	1.948	7.269
40歳代 vs 20歳代	1.972	0.971	4.002
30歳代 vs 20歳代	1.395	0.669	2.911

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
<.0001	0.6202

ラジオ

年齢が高いほど、ラジオを情報源としていた。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	0.860	0.651	1.137
70歳代 vs 20歳代	2.381	1.274	4.446
60歳代 vs 20歳代	2.283	1.255	4.153
50歳代 vs 20歳代	2.232	1.239	4.023
40歳代 vs 20歳代	1.230	0.643	2.350
30歳代 vs 20歳代	1.063	0.552	2.047

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
0.0001	0.2558

公的な相談機関

年齢が高いほど、公的な相談機関を情報源としていた。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	1.237	0.889	1.721
70歳代 vs 20歳代	5.311	2.186	12.902
60歳代 vs 20歳代	4.160	1.731	9.994
50歳代 vs 20歳代	2.639	1.082	6.441
40歳代 vs 20歳代	3.146	1.281	7.729
30歳代 vs 20歳代	2.092	0.826	5.295

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
0.0009	0.6941

専門誌

性別、年齢ともに、統計的に有意な傾向は認められなかった。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	0.893	0.588	1.355
70歳代 vs 20歳代	2.057	0.713	5.931
60歳代 vs 20歳代	2.282	0.840	6.201
50歳代 vs 20歳代	2.365	0.887	6.309
40歳代 vs 20歳代	2.325	0.851	6.357
30歳代 vs 20歳代	1.927	0.696	5.341

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
0.8959	0.3532

広告

年齢が若い方が、広告を情報源としていた。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	0.837	0.551	1.271
70歳代 vs 20歳代	0.185	0.061	0.557
60歳代 vs 20歳代	0.494	0.242	1.010
50歳代 vs 20歳代	0.625	0.325	1.204
40歳代 vs 20歳代	0.569	0.281	1.151
30歳代 vs 20歳代	0.672	0.344	1.315

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
0.0195	0.8447

電話帳

性別、年齢ともに、特に有意な違いは認められなかった。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	0.657	0.371	1.163
70歳代 vs 20歳代	1.977	0.505	7.741
60歳代 vs 20歳代	1.356	0.347	5.302
50歳代 vs 20歳代	1.319	0.346	5.026
40歳代 vs 20歳代	2.307	0.636	8.368
30歳代 vs 20歳代	2.941	0.840	10.291

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
0.2081	0.3867

民間団体

民間団体を情報源とする、と回答したデータ数が少なかったため、十分な信頼性を有する解析結果が得られなかった。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	3.436	0.941	12.548
70歳代 vs 20歳代			
60歳代 vs 20歳代			
50歳代 vs 20歳代			
40歳代 vs 20歳代			
30歳代 vs 20歳代			

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
0.5073	0.9989

2. 必要な保健医療の情報(男女別・年齢階層別)

次に、必要な保健医療の情報について性別および年齢間の解析を実施した。

病気の症状や予防・治療法

性別、年齢ともに、特に有意な違いは認められなかった。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	0.998	0.837	1.189
70歳代 vs 20歳代	0.783	0.547	1.120
60歳代 vs 20歳代	0.717	0.514	1.001
50歳代 vs 20歳代	0.885	0.641	1.222
40歳代 vs 20歳代	0.864	0.617	1.210
30歳代 vs 20歳代	0.891	0.639	1.244

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
0.2119	0.2600

どこにどの様な医療機関があるのか

女性の方が男性よりも、「どこにどの様な医療機関があるのか」という情報を必要としていた。また、年齢が若い方が「どこにどの様な医療機関があるのか」という情報を必要としていた。交互作用は有意であった。

比較	点推定値	95%信頼限界	
女性 vs 男性	1.281	1.074	1.529
70歳代 vs 20歳代	0.774	0.539	1.112
60歳代 vs 20歳代	0.706	0.504	0.989
50歳代 vs 20歳代	1.033	0.747	1.429
40歳代 vs 20歳代	1.034	0.738	1.450
30歳代 vs 20歳代	1.244	0.890	1.738

年齢の線形傾向性	年齢と性別の交互作用
0.0002	0.0747