

平成 26 年度厚生労働科学研究委託事業 (地域医療基盤開発推進研究事業)
「海外諸国の各医療制度の中での「統合医療」の使用事態・健康被害・
エビデンスの調査および日本の医療機関での使用実態調査」

業務項目 2 「海外の「統合医療」の実態調査と、医療制度に関するレビュー」報告

CAMbrellaが作成したInternational-CAM-Questionnaire (I-CAM-Q)の日本語版の作成

分担研究者 元雄良治 金沢医科大学腫瘍内科学教授

要旨 欧州連合(EU)における補完代替医療(CAM)の使用実態を調査し、国際比較するために開発されたI-CAM-Qは2006年にノルウェー・トロムソ大学NAFKAMが主催したワークショップでその原型ができた。これをもとにEUのCAM研究共同体であるCAMbrellaがその準備期間中にI-CAM-Qを2009年に英語で発表した。その後5か国語 (イタリア語・オランダ語・スペイン語・ドイツ語・ルーマニア語) に翻訳され、ドイツでは国内でも調査できるように改訂されている(I-CAM-G)。医療制度やCAMの種類が国や地域で違うことから、各国で使えるような調査票や尺度の開発が必要である。I-CAM-Qを日本に導入するために、今年度はI-CAM-Qを日本語訳し、自然な日本語表現に修正した調査票を作成した。今後、これをもとに、パイロット調査でオリジナルのI-CAM-Qの問題点を抽出し、より日本のCAMの状況に合わせた本調査用調査票の開発を予定している。以上のように、今年度は調査票の構造解析や日本版の原案作成を通じて、次年度以降に国際比較が可能で、国内のCAMの利用実態の正確な把握へ向けた基盤を形成した。

研究協力者

湯川慶子 国立保健医療科学院
政策技術評価研究部 主任研究官
五十嵐 中 東京大学大学院薬学系研究科
医薬政策学 特任助教

A. 研究目的

各国での補完代替医療 (complementary and alternative medicine: CAM)の利用状況は報告されているが、それらの国際的に共通の調査票は現在存在しないため、国際的な利用状況、とくに国・地域間のCAM利用状況の正確な比較はできていない。

I-CAM-Q (International-CAM-Questionnaire) は欧州連合(European Union : EU)における研究共同体であるCAMbrella (正式な活動期間は2010年～2012年)が作成した調査票である。2006年9月にノルウェー・トロムソ大学国立補完代替医療研究センター (Nasjonalt forskningscenter innen

komplementær og alternativ medisin : NAFKAM) が主催したワークショップで、I-CAM-Qの原型ができた。Sara Quandtによれば、ノルウェーでのワークショップではあったが、あくまでも国際的な会議であり、最初から英語で調査票が作成された。これをもとに英国・サザンプトン大学のGeorge Lewithがlead editorとなつて、2009年4月にI-CAM-Qが発表された¹⁾。

I-CAM-QはとくにEUの構成国を中心にCAMの利用状況の国際的な比較をするためのツールとして開発された。添付資料のように、調査票は、1) 医療提供者への受診、2) 医師による補完治療、3) ハーブ薬及び栄養補助食品の使用、4) セルフヘルプ治療、各1枚の計4頁からなっている。

日本におけるCAMの利用状況の、世界の中で位置付けを把握するためには、諸外国と共通の調査票を用いて調査を行い、データを比較する必要がある。そこで、本研究では、I-CAM-Qの構造を解析し、日本の実情に合った調査票の開発を目

指すことを目的とした。

B. 研究方法

上記の研究目的のため、I-CAM-Q作成の背景や作成過程を文献を中心に解析するとともに、I-CAM-Qの開発に深く関与したSara QuandtやGeorge Lewithらと連絡を取り、研究の方向性を討論した。

他の先行研究で用いられているCAMの利用状況の調査票と比較することで、I-CAM-Qの調査票の構造の特徴を検討した。

I-CAM-Qを和訳し、医師・研究者7名からなるメンバーでメールやスカイプ等を通じて、I-CAM-Qを日本のCAM利用状況と医療制度に馴染む形で修正し、日本語表現を修正するなどの質問表のブラッシュアップを行った(Appendix 1-3)。

C. 研究結果

I-CAM-Qの第1の特徴は、1) CAM提供者が誰か?、2) 医師の場合どのようなCAMを提供されたか?、3) もの系(product)系の商品はなにか? 4) 患者自身で行うCAMはなにか?の4つの大分類で、それぞれA4サイズで1ページにまとめられていることである。第2に、商品・療法ごとに、1)12ヶ月前、2)3ヶ月前、3)最後もしくは現在、の3時点での、i) 使用の有無、ii) その目的、iii) 患者にとっての主観的な効果の有無が把握できるという点である。

他方で、I-CAM-Qの問題点は、1) レイアウトが複雑で、回答欄がわかりにくく欠損値が生じやすいこと、2) 医師による代替医療がそれほど行われていない国にとっては、その部分がすべて回答できないという点、たとえば「ハーブ」という項目(カテゴリー)はどこまでの範囲を指すのか(ハーブ薬に限定するのか、食品なども含むのか)など、が研究者間の議論で明確になった。EUで開発された経緯から、西洋文化に偏った項目になっていることも議論の中で指摘された。回答者に

わかりやすくするために、各項目で具体例を示す工夫も有用と考えられた。

また、課題としては、その国ごとに独特の商品や療法がある場合に、それらを適切に抽出し、調査票上の項目として追加する必要がある。

さらに、次年度におけるパイロット調査の計画を作成中であるが、インターネット調査を予定している。

D. 考察

CAMBrellaの正式な活動期間である2010年から2012年の前にI-CAM-Qが発表されていることから、準備期間にも実質的な組織として動いていたことがうかがわれる。イタリア語・スペイン語・オランダ語・ルーマニア語に翻訳されたが、これらの翻訳版は単に直訳したのみで、各国でパイロット調査以外に使われたという報告はない。

翻訳されたI-CAM-Qのfeasibilityについては、Eardleyら²⁾が報告している。それによれば、I-CAM-Qの質的な解析では、レイアウトが読みにくい、用語が誤解を招きやすい、選択肢を明確に選べない、などの問題点が指摘された。定量的な解析では、質問の解説が理解できない回答者がかなりいて、未回答の質問項目(欠損データ)が、使用歴で6~8%、使用頻度で29~50%、使用理由で29~34%、有用性で5~14%認められた。そのため、以上のような問題点を解決すべく、調査票上でナンバリングやレイアウトなどの工夫をすることで、I-CAM-Qの長所を活かしつつ、国際比較としての利用に耐える調査票の開発が可能であると考えられる。

日本独自の療法としては、温泉療法や漢方(一般用)などが挙げられ、現在、先行研究のレビューを通じて追加項目の抽出を行っている。

一方、I-CAM-Qはドイツ語にも翻訳され、ドイツの実情に合うように改訂され、"I-CAM-G"として発表されている³⁾。CAMBrellaの本部はドイツにあったが、英語版のI-CAM-Qが基本であること

に変わりなく、大きな違いはない。

I-CAM-QがCAMの利用状況の国際比較に役立つのか、また欧州以外の国においても応用しやすい基本型であるのかを、本研究班によって日本で検証していくことをめざしている。

謝辞：I-CAM-Qにつきご助言を頂いたDr. Sara Quandt (Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, North Carolina, USA)とDr. George Lewith (University of Southampton, UK)に感謝致します。

参考文献

- 1) Quandt SA, Verhoef MJ, Arcury TA, Lewith GT, Steinsbekk A, Kristoffersen AE, Wahner-Roedler DL, Fønnebø V. Development of an international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-Q). *J Altern Complement Med* 2009; 15: 331-9.
- 2) Eardley S, Bishop FL, Cardini F, Santos-Rey K, Jong MC, Ursoniu S, Dragan S, Hegyi G, Uehleke B, Vas J, Jupaneant O, Citro MC, Fønnebø V, Quandt SA, Lewith G. A pilot feasibility study of a questionnaire to determine European Union-wide CAM use. *Forsch Komplementmed* 2012; 19: 302-10.
- 3) Re ML, Schmidt S, Güthlin C. Translation and adaptation of an international questionnaire to

measure usage of complementary and alternative medicine (I-CAM-G). *BMC Complement Altern Med*. 2012;12:259. doi: 10.1186/1472-6882-12-259.

E. 結論

I-CAM-Qの各国語版の利用状況の国際比較を行うとともに、日本語訳を作成し、I-CAM-Qの各国語版の問題点を抽出し、日本のCAMの実情に合った調査票開発へ向けた基盤を形成した。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

Appendix 1 回答方法についてのご説明 (案)

医療に関する調査

この質問票は、研究グループが日本の人々が受けている様々な種類の医療や健康法を理解するのに役立つようにデザインされています。

質問票には4つの部分から構成されています。

各部分に記入する前に、表の一番上の行の説明を必ずお読みください。

その後、直近の12ヵ月間に受けたその他の治療についてお答えください。

質問票に示された項目の中には、見慣れないものがあるかもしれません。

また、示された医療や健康法をほとんど利用したことがないという方もいらっしゃるでしょう。

その場合も、すべての質問にご回答ください。

それぞれの医療や健康法について、治療を受けたことがあるかどうかを

「はい」「いいえ」で答える質問があります。

もし何を質問されているのかわからない項目があった場合、それは、あなたがその治療を受けたことがないことを示していると考えられますので、「いいえ」とお答えください。

「いいえ」と答えた項目については次の行にお進みください。

「はい」と答えた場合は、同じ行の右の質問を続けてお答えください。

すべての質問にお答えいただくことが重要です。

答えがすべて「いいえ」であったとしても、ご回答をお願いします。

ご協力よろしくお願ひいたします。

Appendix 2 フェースシート (案)

あなた自身に関する質問

—個人的背景—

以下の質問は、あなた自身の情報についてお答えいただくためのものです。
各質問の当てはまる回答にチェックを入れてください。

問 1. あなたの生年月日をご記入ください 西暦_____年___月___日

問 2. あなたの性別を教えてください。(男性・女性)

問 3. あなたの出身国を教えてください。

1.日本 2.日本以外の国 (具体的に: _____)

問 4. あなたが今住んでいる国名を記入してください。

問 5. あなたの最終学歴について記入してください。(あてはまるものひとつに○)

1.中学校 2.高校 3.専門学校 4.短大 5.大学
6.修士課程 7.博士課程 8.専門職資格
9.その他(具体的に: _____)

問 6. あなたの全体的な健康状態について記入してください。(あてはまるものひとつに○)

_____ 極めて良い
_____ 非常に良い
_____ 良い
_____ まずまず
_____ 良くない

問 7. 慢性疾患や障害、虚弱性がありますか？

(「慢性疾患」とは、症状などが一定の期間以上続く病気を指します)

(はい・いいえ)

「はい」とお答えの場合、どのような病気や障害、虚弱性をお持ちですか？

(具体的にお書きください: _____)

問 8. 公的な医療費による医療サービスを受けていますか？ (はい・いいえ)

問 9. 民間の健康保険に加入していますか？ (はい・いいえ)

Appendix 3 日本語版 I-CAM-Q による調査票 (案)

診療に関する調査

1. 医療提供者への受診：健康上の問題には、補完医療及び従来の医療に従事するさまざまな医療提供者が治療に当たっている可能性があります。

過去 12 カ月間に以下の医療提供者のもとを受診しましたか？	はい いいえ 過去 3 カ月間にその医療提供者を受診した回数	その医療提供者を最後に訪ねた主な理由を 1つだけ選択して下さい				その医療提供者のもとを受診したことがどのくらい役に立ちましたか？ (1つだけ選択して下さい)
		急性の病気又は病的な状態 (期間が 1 カ月未満のもの)	長期にわたる病的な状態 (1 カ月以上続いているもの) あるいはその症状に対する治療を受けるため	健康状態の改善のため	その他 (その他の理由を具体的に記述して下さい)	
医師	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
指圧師	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ホメオパシー 施行者	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
鍼灸師	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ハーブ療法士	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
心霊療法士	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
規定の選択 肢： _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他 (具体的に記述して下さい)： _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他 (具体的に記述して下さい)： _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. 医師 (MD) による補完治療

過去 12 カ月間に医師のもとを受診していない場合は、質問 3 に進んで下さい。
従来の治療のみならず、補完医療を行っている医師もあります。

過去 12 カ月間に医師から以下のいずれかの補完治療を受けましたか？	はい いいえ 過去 3 カ月間にその治療を受けた回数	その治療を最後に受けた主な理由を 1つだけ選択して下さい				その医師の治療を受けたことがどのくらい役に立ちましたか？ (1つだけ選択して下さい)
		急性の病気又は病的な状態 (期間が1カ月未満のもの)	長期にわたる病的な状態 (1カ月以上続いているもの) あるいはその症状に対する治療を受けるため	健康状態の改善のため	その他 (その他の理由を具体的に記述して下さい)	
手技療法	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ホメオパシー	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
鍼灸	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ハーブ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
心霊療法	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
規定の選択肢： _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他 (具体的に記述して下さい)： _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. ハーブ薬及び栄養補助食品の使用（錠剤、カプセル、液剤を含む）

それぞれにカテゴリについて、過去 12 カ月間に使用した製品を列挙して下さい。	その製品を現在も使用していますか？ はい いいえ	その製品を最後に使用した主な理由を 1 つだけ選択して下さい				その製品はどのくらい役に立ちましたか？（1 つだけ選択して下さい）
		急性の病気又は病的な状態（期間が 1 カ月未満のもの）	長期にわたる病的な状態（1 カ月以上続いているもの）あるいはその症状に対する治療を受けるため	健康状態の改善のため	その他（具体的に記述して下さい）	
ハーブ／ハーブ薬						
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ビタミン剤／ミネラル						
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ホメオパシー薬						
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他のサプリメント						
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4. セルフヘルプ治療

過去 12 ヶ月間に以下のいずれかの自助的な施術を受けましたか？	過去 3 ヶ月にその施術を受けた回数 はい いいえ	その自助的な施術を最後に受けた主な理由を 1つだけ選択して下さい				その自助的な施術はどのくらい役に立ちましたか？ (1つだけ選択して下さい)
		急性の病気又は病的な状態 (期間が1ヶ月未満のもの)	長期にわたる病的な状態 (1ヶ月以上続いているもの) あるいはその症状に対する治療を受けるため	健康状態の改善のため	その他 (その他の理由を具体的に記述して下さい)	
瞑想	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ヨガ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
気功	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
太極拳	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
リラクゼーション	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ヴィジュアルイゼーション	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
従来のヒーリングの集會に参加	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
自分の健康のための祈祷	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
規定の選択肢： _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他 (具体的に記述して下さい)： _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>