

報 告

保健行動としての大腸内視鏡検査受診行動の促進要因

日向 洋子^{1, 2)} 掛本 知里¹⁾
志田 崇²⁾ 本間 喜代美²⁾

I. はじめに

わが国において、悪性新生物は1981年（昭和56年）以来死亡原因の第一位となっている¹⁾。大腸がんについてみると、2020年の部位別に見た悪性新生物の死亡数割合は、男性の第三位、女性の第一位となり²⁾、男女ともに年々増加し続けている。がん予防対策はわが国の重要課題の一つであり、2016年（平成28年度）までにがん検診受診率を50%以上とすることを目的に掲げ、がん検診無料クーポンの配布や市町村と企業との連携促進、がん検診受診向上キャンペーンなど様々な取り組みが行われた³⁾。大腸がん検診¹⁾は1992年度（平成4年度）から実施されており、国立がん研究センターによると2019年の大腸がん検診受診率は、男性47.8%、女性40.9%であり⁴⁾2010年以降徐々に増加傾向を示している。

腺腫性ポリープ切除を伴う大腸内視鏡検査は、大腸が

ん検診の精密検査として行われ大腸がんの早期発見を可能にし、その発生リスクを顕著に低下させ、結果、大腸がんによる死亡率を減少させるものであり^{6, 8)}、大腸がんの二次予防として有効である。しかし、1989年度（平成元年度）の大腸がん検診後の精密検査である大腸内視鏡検査受診率は70.3%であり、約3割が未受診か未把握であった⁵⁾。

大腸がん検診及び大腸内視鏡検査受診率向上に関わる研究報告^{9, 10)}において、大腸がん検診受診行動の奨励や啓発といった医療者側の積極的な働きかけの必要性については示されているが、その具体的な方策についてはあまり示されていない。また、大腸がん検診や大腸内視鏡検査に関わる研究の多くは未受診者に焦点をあてているが、川本らは受診者へのインタビューから受診行動について調査している¹¹⁾。受診者の受診行動の促進要因を明らかにすることは、大腸がん検診や大腸内視鏡検査の受

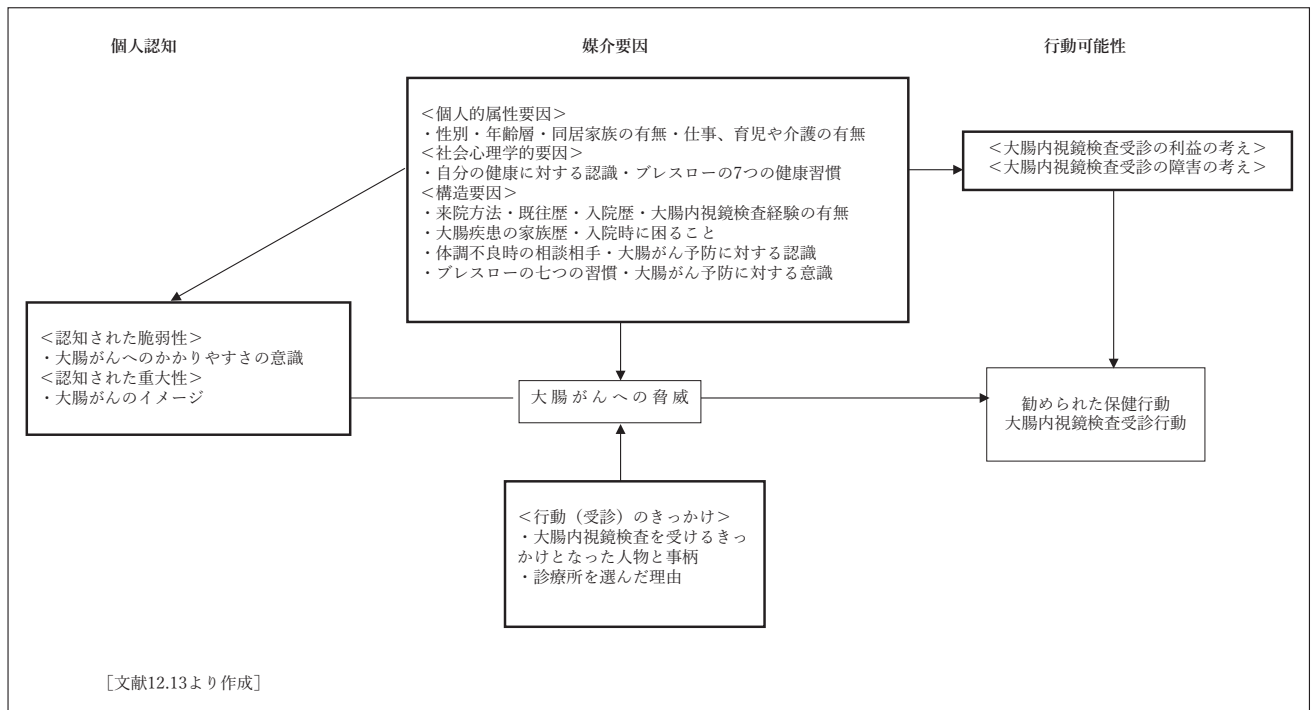


図1 保健信念モデルの概要

1) 東京有明医療大学看護学部看護学科 E-mail address : hinatay@tau.ac.jp

2) しだ内科・消化器クリニック

診率向上のための働きかけ方法を検討するうえで、大きな手掛かりとなる。

保健行動は、「健康のあらゆる段階にみられる、健康保持、回復、増進を目的として、人々が行うあらゆる行動」である¹²⁾。保健信念モデル^{12, 13)}は、勧められた保健行動をとるプロセスにおいて個人の認知に着目した概念モデルである。ある疾病を予防する行動をおこすには、「認知された脅威（認知された脆弱性：疾患にかかりやすいと思う認知と重大性：疾患により被る重大性の認知）」、「認知された利益：ある行動が危険性や重大さを減らす効力があるとする認知」、「認知された障害（負担）：ある行動をおこすときに生じる障害・コストの認知」が関連しており、「ある疾病の恐ろしさの自覚」と「予防的保健行動をとることによる利益と負担の損益計算の理解」が行動の動機となる。本研究では保健信念モデルの枠組みとし、大腸がん予防のための大腸内視鏡検査受診行動を促進する要因について明らかにすることを目的としてアンケート調査を行った。（図1）

II. 研究方法

1. 研究期間および研究対象

令和2年（2020年）2月から4月の調査期間中にA診療所で大腸内視鏡検査を受けた未成年者を除く121名のうち、調査に同意を得られた100名を対象とした。

2. 調査方法

大腸内視鏡検査を終了し、検査結果説明後に調査協力を口頭で依頼した。同意が得られた対象者は会計までの待ち時間の間にアンケートを記入し、当日中に外来に設置したポストに投函してもらうこととした。

3. 調査内容

本研究において、保健信念モデルにおける「脅威となる病気」を「大腸がん」とし、保健信念モデルを構成する「媒介要因」、「個人認知」、「行動の可能性」の3領域についてそれぞれ質問項目を設定した（図1）。

（1）媒介要因

媒介要因には、大腸内視鏡検査受診行動に影響する＜個人的属性要因＞、＜社会心理学的要因＞、医療機関の利用歴および疾病に対する知識に関連した＜構造的要因＞、＜行動のきっかけ＞で構成した。

＜個人的属性要因＞として、性別、年代層、同居家族の有無、仕事・育児や介護の有無、＜社会心理学的要因＞として、自分の健康に対する認知、ブレスローの7つの健康習慣¹⁵⁾、＜構造的要因＞として、来院方法、既往歴の有無（高血圧症、糖尿病、心臓病、肝臓病、喘息、脂質異常症）、入院歴、大腸内視鏡検査経験の有無、大腸疾患の家族歴、入院加療が必要となった時に困ること（多

肢選択法）、大腸がん予防に対する認知（多肢選択法）、体調が悪い時に相談する相手の有無・相手について質問した。

なお、病気になる要因の認知については、外的要因、内的要因、偶然性の3つの要因¹⁴⁾に分け質問項目を作成し、選択してもらった。また、大腸がんの予防に対する認知については、大腸がんリスク要因¹⁶⁾に対し予防行動がとれているか（多肢選択法）を質問した。

＜行動のきっかけ＞として、受診のきっかけとなった人物（選択法）と事柄（1位から3位までの順位法）、A診療所を選んだ理由（複数回答）について質問した。

（2）個人認知

個人認知として、大腸がんに対する＜認知された脆弱性＞と＜認知された重大性＞について質問した。＜認知された脆弱性＞は「ご自身は大腸がんにかかりやすいと思いますか」について Visual Analog Scale（VAS法）を用い数値化した。＜認知された重大性＞は、大腸がんのイメージについて「怖い」「命に関わる」「お金がかかる」「治る」「予防できる」の5項目について「全く思わない（1点）」から「とても思う（6点）」までの6段階リッカートスケールで得点化した。

（3）行動の可能性

行動の可能性として、＜認知された利益＞＜認知された障害＞についてそれぞれ質問した。

大腸内視鏡検査受診の＜認知された利益＞として「大腸がんを早期に発見できる」「自分の健康に自信が持てる」「大腸がんの心配が無くなる」「家族や親しい人のためになる」「仕事を続ける上で重要」の5項目、＜認知された障害＞として「面倒である」「時間的余裕が無い」「お金がかかる」「苦痛や不安が伴う」「大腸がんを発見されることが心配」のそれぞれ5項目について「全く思わない（1点）」から「とても思う（6点）」までの6段階リッカートスケールで得点化した。

4. データ収集および分析方法

各質問項目において無回答を除く有効回答を分析データとした。VAS法を用いた質問についてはt検定、リッカートスケールを用いた質問についてはマンホイットニー検定を行った。また、年齢については40歳代以下と（以下、若年層とする）、70歳代以上（以下、高齢層とする）の2群間に分け比較検討した。なお、統計分析には「エクセル統計 Steps 4（第4版）」¹⁷⁾を使用し、有意水準は5%未満とした。

5. 倫理的配慮

大腸内視鏡検査で大腸がんの疑いがあると判断され心理的動揺や精神的負担があると思われる者や、自力で調査用紙に記入のできない者は研究対象から除いた。依頼に際し、アンケートは任意参加であり個人が特定される

ことが無いことや途中撤回をしても不利益を生じることが無いことを説明し同意を得た。なお、本調査は所属機関の倫理審査委員会の承認を得て行った。（承認番号：しだ内科・消化器クリニック倫理承認第1号）

Ⅲ. 結 果

1. 大腸内視鏡検査受診へ影響を与える媒介要因

対象年齢は70歳代が31人で最も多く、次いで40歳代が25人であった。入院歴有りは51人（51.0%）、既往歴有りは56人（56.0%）のうち上位は高血圧症が27人（38.6%）、脂質異常症が14人（20.0%）、糖尿病が8人（11.4%）であった。大腸内視鏡検査経験者は62人（63.3%）で平均検査回数は4.3回で、最高は30回、最小は2回であった。大腸内視鏡検査が初めてだった者は、若年層の割合が18人（50.0%）で最も多かった。大腸疾患の家族歴があるものは31人（31.0%）で、23人（79.3%）が大腸がんであった（表1）。

有職者は61人（69.0%）のうち若年層が26人（42.6%）で最も多く、介護や育児中である者は25人（25.0%）で若年層が17人（68.0%）で最も多かった。入院加療が必要になった時に困ることは、92人中、「特に困ることはない」が49人（53.3%）で最も多く、「仕事を休めない」は14人で若年層が7人（50.0%）、「子供の世話をする人がいない」は10人で若年層が9人（90.0%）で若年層がそれぞれ最も多かった。独居は10人（10.0%）であった。病気になる要因の認識は、93人中、「病気は医師が治してくれるものであり、医師の指示に従うものである（外的要因）」が38人（40.9%）で最も多く、次いで「病気は自

分の力でコントロールできるものであり、自分自身に責任がある（内的要因）」34人（36.6%）、「偶然や運による（偶然性）」は34人（22.6%）であった。「医師の指示に従う」と回答した38人のうち、既往歴のある者は22人（57.9%）、既往歴の無い者は16人（42.1%）であった。

ブレスローの7つの習慣に関しては、99人中、7項目中4項目選択したものが31人（31.3%）で最も多く、該当無しはいなかった。上位は「タバコを吸わない」77人

表1 属性

| | | n | % |
|-----|-------|------|------|
| 年代 | 39歳以下 | (9) | 9.0 |
| | 40歳代 | (25) | 25.0 |
| | 50歳代 | (16) | 16.0 |
| | 60歳代 | (16) | 16.0 |
| | 70歳代 | (31) | 31.0 |
| | 80歳以上 | (3) | 3.0 |
| 性別 | 男性 | (45) | 45.0 |
| | 女性 | (55) | 55.0 |
| 入院歴 | 有り | (51) | 51.0 |
| | 無し | (49) | 49.0 |
| 既往歴 | 有り | (56) | 56.0 |
| | 無し | (41) | 41.0 |
| 検査歴 | 有り | (62) | 62.0 |
| | 無し | (36) | 36.0 |
| 家族歴 | 有り | (31) | 31.0 |
| | 無し | (67) | 67.0 |

表2 大腸カメラを受けるのきっかけとなった事柄

| 大腸カメラを受けるきっかけとなった事柄 | 1位 | | 2位 | | 3位 | |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 家族に勧められたこと | (7) | 9.7 | (7) | 10.1 | (1) | 1.6 |
| 家族が大腸の病気になったこと | (5) | 6.9 | (3) | 4.3 | (5) | 7.9 |
| 自分が家計を支えていること | (2) | 2.8 | (2) | 2.9 | (3) | 4.8 |
| 同年代の友人・知人が大腸がんになったこと | (2) | 2.8 | (3) | 4.3 | (5) | 7.9 |
| 市から受けるように連絡を受けたこと | (3) | 4.2 | (0) | 0.0 | (1) | 1.6 |
| 便潜血陽性者は受けると決まっていたから | (6) | 8.3 | (4) | 5.8 | (2) | 3.2 |
| 時間があったから | (1) | 1.4 | (1) | 1.4 | (3) | 4.8 |
| 年齢を考えたこと | (8) | 11.1 | (16) | 23.2 | (16) | 25.4 |
| 自覚症状があったこと | (6) | 8.3 | (4) | 5.8 | (4) | 6.3 |
| テレビ、雑誌などで情報を得たこと | (0) | 0.0 | (3) | 4.3 | (4) | 6.3 |
| 大腸がんやポリープ切除の経験があること | (14) | 19.4 | (5) | 7.2 | (4) | 6.3 |
| クリニックから検査の案内尿が来たこと | (1) | 1.4 | (3) | 4.3 | (1) | 1.6 |
| 大腸がんでないことをはっきりさせたいという思い | (13) | 18.1 | (13) | 18.8 | (12) | 19.0 |
| その他 | (4) | 5.6 | (5) | 7.2 | (2) | 3.2 |

(77.8%), 「毎朝朝食を摂っている」75人 (75.8%), 「毎日6, 7時間の睡眠をとっている」71人 (71.7%) で, 調査者全員が1つ以上は実践していた。大腸がん予防の実行項目上位は, 野菜を多くとるようにしているが61人 (61.6%), 適度な運動を心掛けているが37人 (37.4%), 脂物を多く摂り過ぎないが34人 (34.3%) であった。健康状態について相談する相手は同居者の有無にかかわらず95人 (95.0%) がいると回答し, 相談する相手は家族が84人 (88.4%) で, かかりつけ医を含む医師と回答したものは9人 (9.5%) であった。来院方法は自家用車が73人 (64.6%) で最も多かった。

大腸内視鏡検査を受けるきっかけになった人は, 99人中, 「いる」が74人 (74.7%) で, きっかけとなった人物は68人中, 《かかりつけ医と家族》と回答した者が33人 (48.5%) で最も多く, 《家族》は26人 (38.2%) であった。[大腸内視鏡検査を受けるきっかけとなった事柄 (表2)]

表3 大腸がんに対する認知された脆弱性

| 属性 | | VAS | | | |
|-----|-----|------|------|--------|-------|
| | | n | Mean | SD | p 値 |
| 年代 | 全体 | (94) | 5.11 | ± 2.55 | 0.18 |
| | 若年層 | (33) | 5.66 | ± 2.46 | |
| | 高齢層 | (26) | 4.76 | ± 2.62 | |
| 性別 | 男性 | (42) | 5.46 | ± 2.33 | 0.23 |
| | 女性 | (52) | 4.82 | ± 2.72 | |
| 入院歴 | 有り | (49) | 5.27 | ± 2.71 | 0.51 |
| | 無し | (45) | 4.92 | ± 2.4 | |
| 既往歴 | 有り | (39) | 5.22 | ± 2.58 | 0.76 |
| | 無し | (49) | 5.06 | ± 2.55 | |
| 検査歴 | 有り | (58) | 5.15 | ± 2.90 | 0.86 |
| | 無し | (34) | 5.05 | ± 1.99 | |
| 家族歴 | 有り | (30) | 6.08 | ± 3.03 | 0.01* |
| | 無し | (62) | 4.62 | ± 2.20 | |

studentのt検定(両側検定) $p < 0.05^*$

の1位は, 「大腸がんやポリープ切除の経験があった」が19.4%で最も多く, 次いで「大腸がんでないことをはっきりさせたい」が18.1%, 「年齢を考えた」が11.1%であった。「年齢を考えた」は, 若年層が37.5%で最も多かった。当診療所を選んだ理由は, 「医師が信頼できる」が56人 (57.7%) で最も多かった。

2. 個人認知について

大腸がんに対する認知された脆弱性 (表3) は, 平均 5.11 ± 2.55 で家族歴のみで有意差を認めた ($p < 0.05$)。大腸がんに対する認知された重大性 (表4) は, 最も高かった項目は「怖い」(5.03 ± 1.07) で, 次いで「命に関わる」(5.00 ± 1.00) であった。一方, 「治る」としているものも多く (4.52 ± 0.93)。大腸がんは重大な疾病である一方, 治療可能な疾病であるとイメージしているものも多かった。「怖い」では男性 ($p < 0.05$)。若年層 ($p < 0.01$)。入院歴 ($p < 0.05$)。既往歴 ($p < 0.01$) で有意差を認めた。

3. 行動の可能性

<大腸内視鏡検査の有益の考え> (表5) は, 最も得点が高かった順に「大腸がんを早期に発見できる」(5.78 ± 0.04)。 「自分の健康に自信が持てる」(5.64 ± 0.58)。 「家族や親しい人のためになる」(5.50 ± 0.64) であった。家族歴有りは「大腸がんの心配がなくなる」(5.70 ± 0.76)。 「家族や親しい人のためになる」(5.74 ± 0.66) で最も高く, いずれも家族歴無しより有意に高かった ($p < 0.01$)。 <大腸内視鏡検査の障害の考え> (表5) は, 最も得点が高かった順に「苦痛や不安が伴う」(3.60 ± 1.43)。 「面倒である」(3.33 ± 1.55)。 「大腸がんを発見されることが心配」(3.17 ± 1.60) であった。「苦痛や不安が伴う」は, 若年層 ($p < 0.05$)。女性 ($p < 0.01$)。既往歴無し ($p < 0.01$)。検査歴無し ($p < 0.05$) で対象群より有意に高かった。若年層は, 有益性・障害となる認知それぞれに対して高齢層より有意に高い項目が多かった。

表4 大腸がんに対する認知された重大性

| 属性 | | 怖い | | | | 命に関わる | | | | お金がかかる | | | | 治る | | | | 予防できる | | | |
|-----|-----|------|------|--------|---------|-------|------|--------|-------|--------|------|--------|----------|------|------|--------|------|-------|------|--------|------|
| | | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 |
| 年代 | 全体 | (90) | 5.03 | 1.07 | | (86) | 5.00 | 1.00 | | (86) | 4.26 | 1.19 | | (91) | 4.52 | 0.93 | | (88) | 4.41 | 1.06 | |
| | 若年層 | (32) | 5.47 | ± 0.72 | 0.005** | (32) | 5.31 | ± 0.78 | 0.08 | (32) | 4.91 | ± 0.86 | 0.0006** | (32) | 4.41 | ± 0.87 | 0.09 | (32) | 4.31 | ± 1.15 | 0.38 |
| | 高齢層 | (28) | 4.71 | ± 1.21 | | (25) | 4.88 | ± 0.97 | | (26) | 3.85 | ± 1.16 | | (28) | 4.71 | ± 1.12 | | (27) | 4.37 | ± 1.36 | |
| 性別 | 男性 | (38) | 5.26 | ± 1.16 | 0.01* | (37) | 5.22 | ± 1.11 | 0.01* | (35) | 4.51 | ± 1.27 | 0.06 | (40) | 4.45 | ± 1.11 | 1 | (37) | 4.22 | ± 1.29 | 0.25 |
| | 女性 | (52) | 4.87 | ± 0.99 | | (49) | 4.84 | ± 0.90 | | (51) | 4.08 | ± 1.13 | | (51) | 4.57 | ± 0.78 | | (51) | 4.55 | ± 1.06 | |
| 入院歴 | 有り | (43) | 4.79 | ± 1.17 | 0.03* | (40) | 4.80 | ± 1.11 | 0.13 | (41) | 3.98 | ± 1.04 | 0.01* | (51) | 4.51 | ± 1.17 | 0.56 | (43) | 4.35 | ± 1.38 | 0.86 |
| | 無し | (47) | 5.26 | ± 0.94 | | (46) | 5.17 | ± 0.88 | | (45) | 4.51 | ± 1.29 | | (45) | 4.51 | ± 0.79 | | (45) | 4.47 | ± 0.94 | |
| 既往歴 | 有り | (53) | 4.87 | ± 1.00 | 0.01* | (49) | 4.86 | ± 0.96 | 0.05 | (49) | 3.92 | ± 1.11 | 0.001** | (51) | 4.55 | ± 1.01 | 0.26 | (51) | 4.47 | ± 1.22 | 0.22 |
| | 無し | (37) | 5.27 | ± 1.15 | | (37) | 5.19 | ± 1.05 | | (37) | 4.70 | ± 1.18 | | (38) | 4.45 | ± 0.86 | | (36) | 4.31 | ± 1.12 | |
| 検査歴 | 有り | (54) | 4.91 | ± 1.14 | 0.12 | (53) | 4.94 | ± 1.05 | 0.56 | (51) | 4.12 | ± 1.19 | 0.14 | (56) | 4.45 | ± 1.04 | 0.69 | (54) | 4.52 | ± 1.19 | 0.11 |
| | 無し | (35) | 5.26 | ± 0.95 | | (33) | 5.09 | ± 0.95 | | (34) | 4.47 | ± 1.21 | | (34) | 4.65 | ± 0.73 | | (33) | 4.21 | ± 1.14 | |
| 家族歴 | 有り | (27) | 5.26 | ± 0.76 | 0.27 | (26) | 5.23 | ± 0.82 | 0.17 | (26) | 4.27 | ± 0.96 | 0.86 | (28) | 4.71 | ± 0.98 | 0.19 | (27) | 4.70 | ± 1.10 | 0.08 |
| | 無し | (60) | 4.90 | ± 1.19 | | (58) | 4.88 | ± 1.08 | | (59) | 4.24 | ± 1.30 | | (61) | 4.44 | ± 0.92 | | (59) | 4.27 | ± 1.20 | |

Mann-Whitneyの検定 $p < 0.01^{**}$ $p < 0.05^*$

表5 大腸内視鏡検査についての利益と障害の考え

| 属性 | 大腸がんを早期に見発できる | | | | 自分の健康に自信が持てる | | | | 大腸がんの心配がなくなる | | | | 家族や親しい人のためになる | | | | 仕事を続ける上で重要 | | | | |
|---|---------------|------|------|--------|--------------|------|--------|--------|--------------|------|--------|--------|---------------|------|--------|--------|-----------------|------|--------|--------|---------|
| | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | |
| | 全体 | (92) | 5.78 | ± 0.04 | (92) | 5.64 | ± 0.58 | | (92) | 5.40 | ± 0.85 | | (90) | 5.50 | ± 0.64 | | (81) | 5.17 | ± 1.13 | | |
| 年代 | 若年層 | (32) | 5.87 | ± 0.33 | 0.12 | (32) | 5.88 | ± 0.47 | .006** | (32) | 5.44 | ± 0.88 | 0.44 | (32) | 5.44 | ± 0.88 | 0.44 | (32) | 5.47 | ± 0.80 | 0.007** |
| | 高齢層 | (28) | 5.71 | ± 0.46 | | (28) | 5.71 | ± 0.58 | | (28) | 5.29 | ± 0.90 | | (28) | 5.29 | ± 0.90 | | (19) | 4.58 | ± 1.39 | |
| 検査歴 | 有り | (56) | 5.80 | ± 0.44 | 0.59 | (55) | 5.60 | ± 0.63 | 0.38 | (56) | 5.41 | ± 0.89 | 0.66 | (56) | 5.52 | ± 0.66 | 0.60 | (47) | 5.30 | ± 1.02 | 0.26 |
| | 無し | (35) | 5.77 | ± 0.43 | | (35) | 5.71 | ± 0.52 | | (34) | 5.38 | ± 0.82 | | (34) | 5.47 | ± 0.61 | | (33) | 4.97 | ± 1.29 | |
| 家族歴 | 有り | (27) | 5.89 | ± 0.42 | 0.06 | (27) | 5.74 | ± 0.71 | 0.05 | (27) | 5.70 | ± 0.78 | 0.007** | (27) | 5.74 | ± 0.66 | 0.003** | (23) | 5.22 | ± 1.48 | 0.20 |
| | 無し | (63) | 5.75 | ± 0.44 | | (63) | 5.60 | ± 0.52 | | (63) | 5.30 | ± 0.85 | | (61) | 5.39 | ± 0.61 | | (56) | 5.14 | ± 1.00 | |
| 属性 | 面倒である | | | | 時間的余裕がない | | | | お金がかかる | | | | 苦痛や不安が伴う | | | | 大腸がんを発見されることが心配 | | | | |
| | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | n | Mean | SD | p 値 | |
| | 全体 | (89) | 3.33 | ± 1.55 | (85) | 2.48 | ± 1.34 | | (86) | 2.97 | ± 1.20 | | (86) | 3.60 | ± 1.43 | | (89) | 3.17 | ± 1.60 | | |
| 年代 | 若年層 | (33) | 3.70 | ± 1.59 | 0.02* | (33) | 2.94 | ± 1.46 | 0.005** | (33) | 3.24 | ± 1.23 | 0.01** | (32) | 4.00 | ± 1.41 | 0.04* | (33) | 2.94 | ± 1.41 | 0.97 |
| | 高齢層 | (25) | 2.60 | ± 1.63 | | (22) | 1.91 | ± 0.92 | | (22) | 2.36 | ± 1.09 | | (24) | 3.13 | ± 1.62 | | (25) | 2.96 | ± 1.59 | |
| 検査歴 | 有り | (54) | 3.24 | ± 1.54 | 0.61 | (51) | 2.41 | ± 1.25 | 0.71 | (52) | 2.94 | ± 1.11 | 0.90 | (51) | 3.29 | ± 1.62 | 0.04* | (31) | 3.03 | ± 1.68 | 0.55 |
| | 無し | (35) | 3.46 | ± 1.60 | | (34) | 2.59 | ± 1.50 | | (34) | 3.00 | ± 1.35 | | (34) | 4.00 | ± 0.95 | | (35) | 3.29 | ± 1.69 | |
| 家族歴 | 有り | (26) | 3.19 | ± 1.83 | 0.68 | (25) | 2.68 | ± 1.52 | 0.55 | (24) | 3.38 | ± 1.31 | 0.03* | (24) | 3.46 | ± 1.64 | 0.61 | (33) | 2.94 | ± 1.41 | 0.97 |
| | 無し | (61) | 3.39 | ± 1.45 | | (58) | 2.43 | ± 1.29 | | (60) | 2.80 | ± 1.13 | | (60) | 3.63 | ± 1.38 | | (25) | 2.96 | ± 1.59 | |
| Mann-Whitney の検定 $p < 0.01^{**}$ $p < 0.05^{*}$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mann-Whitneyの検定 * $p < 0.01$ ** $p < 0.05$

IV. 考 察

1. 大腸内視鏡検査受診を促進する要因

大腸内視鏡検査は大腸がんの二次予防として重要である。一方、「仕事が忙しい」「症状が無い」、大腸内視鏡検査の「痛みが心配」などの理由により受診行動に至っていないものもある^{18, 19)}。ある病気に対しての罹患性、脆弱性、感受性や病気が引き起こす結果の重大性を認識することにより、病気に対する脅威が生まれ、それを回避しようとするときにメリットとデメリットを天秤にかけた結果により、勧められた保健行動をとるかどうかが決まる¹²⁾。本研究においては、仕事や育児など社会的役割を担い多忙な世代である若年層は、「怖い」「命にかかわる」「お金がかかる」といった＜認知された重大性＞や、「苦痛や不安」「時間的余裕が無い」「お金がかかる」などの＜大腸内視鏡検査の障害＞が有意に高かった。しかし、「自分の健康に自信が持てる」「仕事を続ける上で重要」といった＜大腸内視鏡検査の利益の考え＞や、「大腸がんでないことをはっきりさせたい」「年齢を考えた」という認識も高く、受診行動につながっていた。一方、高齢層は家族歴や大腸内視鏡検査歴のある割合が高く、特に家族歴があるものは＜認知された脆弱性＞について有意に高いことが示されたが、＜大腸内視鏡検査の利益＞正をしく認知したことが受診行動につながっていた。すなわち、大腸がんの重大性を認知することは必要であり、重大性を認知し、さらに大腸内視鏡検査の目的や利益を正しく理解することにより受診行動は促進される。わが国の大腸がんの罹患率・死亡率は、男女ともほぼ共通で概ね40歳代後半から年齢と共に増加を示し、特に50歳代以上で高い¹⁾。保健行動は、恐れが深刻なもので、その現実性が増したものになったとき、むしろ受診行動を避けたいという気持ちが強くなるため¹²⁾、正しい大腸がん予防の知識を得ることが重要である。Yazminら²⁰⁾は、便潜血

検査で異常を指摘されてから1～3ヶ月より遅れて内視鏡検査を受けた人では、その後に大腸がんと診断されるリスクが有意に高いとしており、二次予防としての大腸内視鏡検査を受ける時期の重要性についても示している。大腸内視鏡検査を先延ばしせず適切な時期に受けるためには、さらに『認知された障害』を下げる必要がある。本研究において、＜認知された障害＞では、「苦痛や不安」がもっとも高かった。「苦痛や不安」の認知は、大腸内視鏡検査歴のある者が無い者に比べ有意に低く、大腸内視鏡検査についての正しい情報提供や苦痛が少ない検査を提供することが、繰り返しの受診につながり、その重要性が示唆された。

2. 大腸がん予防のための地域医療の役割

保健信念モデルでは、「行動のきっかけ」が保健行動への実現因子として位置づけられている。本調査では、大腸内視鏡検査を受診するきっかけとしてかかりつけ医の存在が明らかとなった。自分の健康に対する認識では、医師の指示に従うと回答した割合は既往歴が無い者よりある者の方が高く、かかりつけ医との関係性が良好である者が受診行動へつながっていることがうかがえた。かかりつけ医の役割は、国民が身近な地域で日常的な医療を受けたり健康の相談等ができることや、患者の病状に応じて適切な医療機関を紹介することなど²¹⁾、プライマリ・ケアを担っている。かかりつけ医においては、看護師もその担い手として保健活動を推進していく重要な役割がある。

日本プライマリ・ケア連合学会によると、プライマリ・ケアは近接性、包括性、協調性、継続性、責任性の5つの理念を掲げている²²⁾。地域において利便性は重要であるが、精神的かかりやすさは不可欠な要素と言える。本研究では健康状態を相談する相手として家族がもっとも多かったが、看護師が地域医療でのゲートキーパーとな

り相談機能を発揮することは、受診のしやすさにつながり疾病予防や専門に関わる情報提供が可能となる。診療所においては、看護師が外来待合の場を活かし、診療補助としてトリアージを行い二次予防の窓口として役割を担うことで、保健行動を促進することが期待できる。大腸内視鏡検査受診者の健康意識は、生活習慣病を含む既往歴がある者に高い傾向が見られた。かかりつけ医との関わりの中で、健康全般に意識が高まり保健行動が促進されるよう、責任と継続性をもって看護師が果たす役割は大きい。大腸がん予防においても、保健行動を促進させていくための看護師の役割が明らかとなった。

V. 結 語

本研究では、大腸内視鏡検査受診の促進要因を保健行動モデルの枠組みから実態調査を行い、以下のことが明らかとなった。

1. 個人認知における受診決定要因は、大腸がんの重大性と大腸内視鏡検査の有益の認知であり、看護師が大腸内視鏡検査の正しい情報提供を行い、利益の認知を高め障害の認知を下げるのが受診行動の促進要因となる。
2. 保健行動を促進するための地域医療の役割として、看護師がゲートキーパーとなりプライマリ・ケア提供者の一員として地域住民の健康意識を高めていくことが重要である。

VI. 本研究の限界と課題

本研究は一診療所における限られた大腸内視鏡検査の調査数に基づいたものであり、未受診者の理由にふれられないことは本研究の限界である。今後、二次検診としての大腸内視鏡検査受診行動を促進するために、未受診者との比較検討を行う必要があると考える。

文 献

- 1) 厚生労働省：審議会議事録。法人保健事業に基づく大腸がん検診の見直しについて。平成18年2月。https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/s0228-3.html
- 2) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向2020/2021。
- 3) 厚労省：がん検診受診率向上に向けたこれまでの取り組み https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000514744.pdf
- 4) がん検診受診率（国民生活基礎調査による推計値）：国立がんセンターがん情報サービス https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening.html
- 5) 厚生労働省：平成元年度 地域保健・健康増進事業報告の概況 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/19/dl/kekka2.pdf
- 6) Winawer SJ, Zauber AG, HO MN, et al : Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med. 1993. 329 (27) : 1997-1981.
- 7) Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM, et al : Protection from colorectal cancer after colonoscopy : a population-based, case-control study. Ann Intern Med 2011. 154 (1) : 22-30.
- 8) Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, et al : Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer death. N Engl J Med. 2012. 366 (8) : 687-696.
- 9) 島田剛延, 渋谷大助, 今野 豊, 相田重光, 森元富造, 木内善孝, 樋渡信夫 : 大腸がん検診における精検受診率. 日消集検誌, 第41巻3号. 2003. 5.
- 10) 山口孝子, 松林重幸, 宮田 明, 他 : 職域大腸がん検診受診率・精検受診率の性別・検体本数別の検討. 全国健康保険協会生活習慣予防検診結果から. 総合検診2018年45巻2号.
- 11) 川本美香, 五十嵐恵子, 朝日和香, 森口美奈, 澁谷香織, 小澤若菜, 升田茂章, 時長未希 : 大腸がん検診で精密検査を受診した人の illness behavior (第1報). 高知県立大学紀要 看護学部編 第65巻.
- 12) 宗像恒次 : 最新 行動科学からみた健康と病気 メディカルフレンド社.
- 13) 一般社団法人日本健康教育学会 : 健康行動理論による研究と実践, p 41.
- 14) 堀毛裕子 : 日本版 Health Locus of Control 尺度の作成. 健康心理学研究Vol. 4 No. 1.
- 15) 厚生労働省 : プレスローの7つの健康習慣を実践してみませんか? | e-ヘルスネット https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/food/e-04-002.html
- 16) 【予防】大腸がんのリスクと生活習慣の関係-大腸がん情報サイト (daichougan.info)
- 17) 柳井久江 : エクセル統計第4班 オーエムエス出版.
- 18) 仲間秀典, 藤田雅美, 上条 登 : 大腸集検における精検の問題点. 日消集検誌, 97号, 1992, 12.
- 19) 佐々木宏之 : 大腸がん検診精密検査に受診者の実態. 未受診者および保健婦アンケート調査から 日消集検誌, 第35巻5号, 1997. 9.
- 20) Yazmin SM, Joshua D, Maria E M, Samir et al : Time to Colonoscopy After Abnormal Stool-Based Screening and Risk for Colorectal Cancer Incidence and Mortality. Gastroenterology 2021 : 160 : 1997-2005.
- 21) 厚労省 : 医療連携体制・かかりつけ医, 医師確保との関係について (資料1) https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0323-9a.pdf
- 22) 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケアとは? 医療者向け 日本プライマリ・ケア連合学会 | 学会について プライマリ・ケアとは? (医療者向け) (primary-care.or.jp)