遅延群・非遅延群の比較による乳がん患者の受診遅延の関連要因

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2022-01-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 大城, 真理子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.50872/0000000393

博 士 論 文 要 旨

保健看護学専攻 成人・老年保健看護領域	学籍番号　３２６００１ 氏　　名　大城真理子

論文題目	遅延群・非遅延群の比較による乳がん患者の受診遅延の関連要因

【背景】

乳房の異常に気づいて 3 ヵ月以上の受診遅延は乳がん 5 年生存率に影響するため、受診遅延の問題を改善することは重要である。しかし、本邦における乳がん患者の受診遅延の研究は皆無の状況である。受診遅延の問題は国の文化や保健医療システム等に影響されるため、本邦の心理社会的特性を考慮し受診遅延の問題を検討することは重要である。

【目的】

遅延群・非遅延群の比較により、乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】

沖縄県内の乳腺外科外来に通院中の女性乳がん患者を対象とした。混合研究法の並行的トライアンギュレーションデザインを採用し、研究 1 の量的研究では自記式質問紙調査を、研究 2 の質的研究では半構造化面接調査を実施した。本研究では、乳がん患者の受診遅延の関連要因をモデル化した Judgement to Delay モデル（以下、J-Delay モデル）を理論的モデルとして用いた。研究に先立ち実施した概念分析から、乳がん患者の受診遅延の中心概念には客観的時間と主観的時間が存在することが示された。よって、研究 1（量的研究）では客観的時間軸に基づき、乳房の異常に気づいて受診までの期間が 3 ヶ月以上を「遅延」、3 ヶ月未満を「非遅延」と定義した。研究 2（質的研究）では主観的時間軸に基づき、患者自身が乳房の異常に気づいて受診までの期間について遅くなったと捉えている事象を「遅延」、すぐに受診したと捉えている事象を「非遅延」と定義した。研究 1（量的研究）および研究 2（質的研究）では、遅延群・非遅延群の比較により遅延群の特徴的な受診遅延の関連要因・要素を明らかにした。最終的に、量的・質的データを J-Delay モデルの 6 つの概念に即して統合した。なお、研究 1（量的研究）で用いた質問紙について、乳がん患者の受診遅延の実質を反映する結果が得られるように 2 回の予備調査を実施し、質問項目を精選した。例えば、ソーシャルサポートについては、面接調査の結果から、ソーシャルサポートの種類や人数ではなく、どのようなサポートが誰（キーパーソン）によって適切になされるのかといった、サポートの質が重要であったため、その質に焦点をあて測定した。このように各質問項目について検討し、最終的に 64 項目で質問紙を構成した。

【結果】

研究 1（量的研究）：乳がん患者 291 人中 256 人の協力を得た（回収率 88.0%）。平均年齢は 58.3±11.5 歳であった。研究 1（量的研究）では遅延群は全体の 23.8%を占めた。遅延群は非遅延群に比べて、年齢が若く（p=0.041）、無職（p=0.011）で世帯年収が 300 万円未満の者が多く（p=0.012）、学歴が低かった（p=0.001）。

研究 2（質的研究）：乳がん患者 21 人（遅延群 9 人、非遅延群 12 人）の協力を得た。受診遅延の関連要素（阻害要素・促進要素）として 11 カテゴリーが抽出された。そのうち阻害要素は【出現した症状】、【がんに対峙した不安・恐怖】、【生活状況】、【状況の開示】、【コーピング】、【信念】、【リスク解釈】、【医療機関との距離】の 8 カテゴリーが抽出

された。促進要素は【受診を後押しした他者の存在】、【症状の悪化】、【取り巻く状況】の3カテゴリーが抽出された。【　】はカテゴリー、＜　＞はサブカテゴリー、「　」は語りを示す。

J-Delay モデルの 6 つの概念に即した量的・質的データの統合

1）問題の認識：量的データでは、遅延群と非遅延群では知識に差はなく（p=0.12～0.81）、両群ともに乳房の異常に気づいた際、乳がんを疑っていた（p=0.65）。質的データでは、遅延群は【リスク解釈】について＜乳がんにはならないという自信がある＞、非遅延群は＜乳がんになるかもしれない＞と対照的に捉えていた。データの統合により、乳房の異常に気づいた際に問題だと認識することの重要性が示された。

2）情動反応：量的データでは乳房の異常に気づいた際、遅延群も非遅延群と同程度の恐怖（p=0.36）、不安（p=0.84）を有していた。質的データでは【がんに対峙した不安・恐怖】について、遅延群からは＜不安や恐怖がある＞、非遅延群からは＜不安や恐怖に対処する＞と語られ、対処方法に相違がみられた。データの統合により、乳房の異常に気づいた際に恐怖・不安に対処することの重要性が示された。

3）健康習慣：量的データでは遅延群は非遅延群に比べて、がん検診を定期的に受診していなかった（p<0.001）。質的データでも遅延群から「仕事を辞めたら検診には行かなくなった。自分で行けばいい話なんだろうけど、放っておいてしまった」と語られ、データの統合により、がん検診受診状況が受診遅延と関連することが強固に示された。

4）信念：量的データにおいて遅延群は非遅延群とは異なる特徴的な考え方・行動選択をしていることが示された（p<0.001）。質的データでは、遅延群から＜自然の流れに身を任せたい＞という【信念】が語られた。また、遅延群は＜受診は面倒である＞、非遅延群は＜問題として捉え、主体的に取り組む＞という【コーピング】をとっていた。データの統合により、遅延群は受診遅延に至りやすい考え方・行動選択をしていることが示された。

5）医療機関との距離：量的データでは、遅延群は医療機関への受診に際して「病院に行くまでの交通手段を得るのが難しい」（p=0.004）、「病院に行くことをためらう」（p<0.001）等、医療機関と距離を感じていた。質的データでは、【医療機関との距離】について遅延群から＜医療機関と距離がある＞、非遅延群から＜専門家を信頼し、受診をすることで安心を得る＞と語られ、データの統合により遅延群は非遅延群に比べ医療機関との物理的・心理的距離と受診遅延の関連が強固に示された。

6）社会との関係性：量的データでは、遅延群は非遅延群に比べて乳房の異常について誰にも相談せず（p=0.011）、家族で健康問題に対処する力量が弱かった（p<0.001）。遅延群が誰にも相談をしなかった理由として「家族に心配をかけたくない」を挙げた者が最も多かった。また、相談をした者の相談相手についても、遅延群は非遅延群に比べて友人・知人を挙げた者が多く（p=0.006）、非遅延群は遅延群に比べて家族を挙げた者が多くを占めた（p=0.006）。質的データでは、【状況の開示】について遅延群は＜乳房の異常について誰にも打ち明けない＞、非遅延群は＜乳房の異常について身近な者に打ち明け、友人・知人から情報を得る＞と語られた。データの統合により乳房の異常に気づいた際に、家族など周囲の者に相談することが重要であることが示された。

【結論】

本研究における乳がん患者の受診遅延の関連要因として、乳房の異常に対する問題の認識、不安や恐怖等の情動反応、がん検診の受診の有無、受診に対する考え方・行動選択、医療機関との物理的・心理的距離が挙げられた。特に、状況の開示と家族や友人・知人からのサポートが本研究の特徴的な受診遅延の関連要因であった。今後はこれらの知見を基盤に受診遅延を予防する看護支援を開発し、介入研究に発展させていくことが必要である。

目次

第１章　序論 1
第１節　問題提起 1
第２節　研究目的と意義 2
１．研究の目的 2
２．研究の意義 2
第３節　本論文の構成 2

第２章　文献検討 4
第１節　乳がんの受診遅延の定義 4
１．患者による遅延・医療機関による遅延 4
２．乳がんのステージによる分類 5
第２節　乳がんの受診遅延に関するモデル 5
１．基盤となるモデル 5
２．モデルの発展 5
第３節　乳がんの受診遅延の関連要因 8
１．個人的要因 8
２．社会的要因 10
３．保健医療システムの要因 10
第４節　乳がんの受診遅延と地域 11
１．欧米 11
２．中南米 11
３．中東 11
４．アフリカ 11
５．アジア 12
第５節　乳がんの受診遅延に対するアプローチ 12
１．乳がん受診遅延のアセスメント質問紙 12
２．The judgment to Delay Scale 12
第６節　乳がん領域以外の受診遅延 13
１．がん領域 13
２．がん以外の領域 14
第７節　本章のまとめ 14

第３章　乳がん患者の受診遅延の概念分析 16
第１節　目的 16
第２節　方法 16

１．概念分析 16
２．対象文献の選定 16
３．データ分析方法 16
第３節　結果 17
１．属性 17
２．先行要件 17
３．帰結 19
第４節　本章のまとめ 19

第４章　理論的視座 20
第１節　受診遅延の捉え方 20
第２節　本研究における理論的モデル 20
１．Judgment to Delay モデル 20
２．症状評価の心理社会文化モデル（The Psycho-Socio-Cultural Model of Symptom Appraisal Model） 21
第３節　本章のまとめ 21

第５章　研究デザイン 22
第１節　研究の構成 22
第２節　用語の操作的定義 23
１．乳がん 23
２．乳がんの症状 23
３．乳房の異常に気づく 23
４．乳がん患者の受診遅延 23

第６章　【研究１】乳がん患者の受診遅延の関連要因に関する量的研究 24
第１節　目的 24
第２節　方法 24
１．研究デザイン 24
２．概念枠組み 24
３．用語の定義 24
４．研究仮説 24
５．研究対象者 26
６．データ収集方法 27
７．質問紙の構成 27
８．質問項目 28
９．分析方法 31
第３節　倫理的配慮 31

１．研究の対象となる者に理解を求め、同意を得る方法 31
２．研究の対象とする個人の人権の擁護 32
第４節　結果 32
第５節　考察 37
１．2 施設間の比較 38
２．遅延群の割合 38
３．受診遅延の理由 38
４．遅延群・非遅延群の基本的属性 38
５．遅延群・非遅延群の医学的属性 39
６．遅延群・非遅延群の乳房の異常に気付いたきっかけ 39
７．遅延群・非遅延群の乳房の異常に気付いた際の問題に対する認識 40
８．遅延群・非遅延群の情動反応 41
９．遅延群・非遅延群の保健行動 41
１０．遅延群・非遅延群の受診に対する考え・行動 42
１１．遅延群・非遅延群の医療機関との距離 43
１２．遅延群・非遅延群のソーシャルサポート 44
第６節　研究の限界 44
第７節　本章のまとめ 45

第７章　【研究２】乳がん患者の受診遅延の関連要素に関する質的研究 46
第１節　目的 46
第２節　方法 46
１．研究デザイン 46
２．研究参加者 46
３．データ収集方法 46
４．データ分析 47
５．分析結果の真実性の確保 47
第３節　倫理的配慮 47
１．研究の対象となる者に理解を求め、同意を得る方法 47
２．研究の対象とする個人の人権の擁護 47
第４節　結果 48
１．研究参加者の属性 48
２．乳腺外科受診までのプロセス 48
３．遅延群の受診の障壁となった要素（表 21） 49
４．受診の促進要素（表 19） 54
第５節　考察 55
１．受診に際する遅延群の阻害要素 55
２．受診に際する遅延群の促進要素 57

第６節　研究の限界 57
第７節　本章のまとめ 58

第８章　研究総括 59
第１節　【研究１】量的研究の要約 59
第２節　【研究２】質的研究の要約 59
第３節　量的研究と質的研究結果の統合 60
１．問題の認識 60
２．情動反応 60
３．健康習慣 61
４．信念 61
５．医療機関との距離 61
６．社会との関係性 62
第４節　看護への示唆 63
１．理論的示唆 63
２．研究的示唆 63
３．実践的示唆 63
第５節　研究の限界 63

第９章　結論 65

引用文献 66
謝辞 74

図
表
付録

図一覧

番号	タ　イ　ト　ル
図 1	受診遅延概念の先行要件・属性・帰結の関連
図 2	Judgement to Delay Model
図 3	症状評価の心理社会文化モデル
図 4	概念枠組み
図 5	混合研究法：並行的トライアンギュレーションデザイン
図 6	乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにする質問紙の構成

表一覧

番号	タ　イ　ト　ル
表 1	予備調査 1 と予備調査 2 の内容
表 2	主な調査内容および尺度
表 3	施設別にみた対象者の基本的属性
表 4	施設別にみた対象者の医学的属性等
表 5	対象者の基本的属性
表 6	対象者の医学的属性
表 7	遅延群・非遅延群の問題の認識
表 8	遅延群・非遅延群の情動反応
表 9	遅延群・非遅延群の保健行動
表 10	遅延群・非遅延群の受診に対する考え方・行動
表 11	遅延群・非遅延群の医療機関との距離
表 12	遅延群・非遅延群の相談の有無
表 13	乳房の異常に気づいた際の相談相手
表 14	乳房の異常について相談をしなかった理由
表 15	遅延群・非遅延群の家族生活力量
表 16	遅延群の受診までに時間を要した理由
表 17	遅延群・非遅延群の受診のきっかけ
表 18	研究参加者の属性
表 19	遅延群の受診に至るまでのプロセス
表 20	非遅延群の受診に至るまでのプロセス
表 21	受診に際した遅延群の阻害要素・促進要素
表 22	概念枠組みに基づいた結果の要約

第１章　序論

第１節　問題提起

諸外国における乳がんの罹患率は年々、増加傾向にある。本邦においても乳がんは女性のがん罹患率の第１位を占め、死亡率とともに年々上昇を続けている。また、初期治療の多様化や早期発見の技術進歩に伴い、本邦における乳がん 5 年生存率は 90%以上と全がん 5 年生存率の平均 58.6%に比べて高く、乳がんは長期生存が見込まれるがんである（国立がんセンター, 2016）。また、日本乳癌学会の「全国乳がん患者登録調査報告 2011 年次症例」（2011）の報告によると、乳がんは 55.7%が自己の症状により発見されており、症状が曖昧で早期発見が困難な卵巣がんなどとは異なり(Evans, Ziebland, & McPherson, 2007)、症状の自覚によりがんを発見しやすいという特徴がある（川上, 2009）。さらに、乳がんは検診無料クーポン（40 歳以上、2 年に 1 回）が配布されるなど、国を挙げて早期発見・早期治療に対する取り組みがなされている。

一方で、筆者が実施した乳腺外科の医師・看護師に対するヒアリングにおいて、乳房の異常に気づいていたにも関わらず、受診に至らず適切な治療を受けずに重症化に至る者の存在が指摘されている。欧米を中心とした研究によると、乳房の異常に気づいて受診に至るまでに 3 ヶ月以上要した者は、新規受診者の 25～34%を占める実態が明らかになっている(Facione, 1993a)。しこりなどの乳房の異常に気づいて 3 ヶ月以上の遅延は乳がんの 5 年生存率に有意に影響することから(Richards, Westcombe, Love, Littlejohns, & Ramirez, 1999)、生命予後の観点からも受診遅延の問題を検討することは重要である。近年の研究報告によると、受診が遅延した者は乳がん診断時の自己効力感が有意に低下することや(Chang et al., 2014)、治療開始後にアドヒアランスの低下をきたすことが示唆されており(中島ら, 2004)、診断時および治療開始後のプロセスにおいても受診遅延の問題について検討することは重要である。しかし、乳がんの受診遅延に関する研究は諸外国を中心に検討がなされており、本邦における受診遅延に関する研究蓄積は乏しく、看護学分野においては皆無の状況にある(大城・神里, 2015)。

近年、がん看護学領域では、がんに対する考え方は対象者が属する社会文化によって異なることから、がん医療において文化を考慮することの重要性が報告されている（Dein, 2004）。Taib らは（2011）、マレーシアで実施した乳がん患者の受診遅延に関する研究報告の中で、アジアの特徴として、家族や友人、近所の者と一緒になって受診を決定していることを挙げている。そして、受診遅延を検討する際には、欧米で明らかになった知見をそのままアジアに持ち込むのではなく、心理社会的特性を考慮する必要性を示している。また、Unger-Saldana ら（2009）は、低経済国および中間経済国は先進国に比べて、がんが進行してから受診する者が多いことを指摘し、受診遅延の問題を検討するには、国の保健医療システムを考慮する必要性について述べている。以上のことから、受診遅延の問題は国別に、その国の心理社会的特性の視点をもって検討される必要があると考える。

受診遅延に関する研究のねらいは、受診遅延を予防する看護援助や介入方法を提示し、受診遅延者を減少させることにある。看護実践の糸口を明確にするためにも、まず本邦に

おける乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにすることは重要である。

第２節　研究目的と意義

１．研究の目的

遅延群・非遅延群の比較により、女性乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにすることを目的とした。

２．研究の意義

がんの死亡率を減少させることを目的として、本邦では平成 20 年にがん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針が通知され、国を挙げて乳がんの早期発見・早期治療に関する取り組みが図られている（厚生労働省, 2016)。その背景には、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状がある。また、研究に先立ち実施した乳腺外科医師・看護師へのヒアリングから、乳房の異常に気づいていたにも関わらず、受診が遅延する者の存在が医療の場で問題となっている実態と、彼らを早期受診に繋げる援助方法の確立を求めるニーズが確認できた。このような現状と第 1 節の問題提起から、本研究を看護学分野で実施する意義として、以下の 2 点が挙げられる。

①乳房の異常に気づいてから受診に至るまでのプロセスに着目し、本邦の心理社会的特性を考慮した受診遅延の関連要因を明らかにすることは、受診遅延を予防する看護援助の構築に示唆を与えることが出来る。

②受診遅延者が受診に際して抱える問題は、治療開始後も引き続き存在する。本研究で得られる結果は、予防の視点のみならず、患者の治療継続をサポートする上でも活用できる。

第３節　本論文の構成

本論文の構成は第 2 章から第 9 章までとした。

第 2 章では、乳がん領域および、乳がん以外の領域における受診遅延の文献検討を行う。先行研究から、研究領域の動向や欠缺部分を示し、本研究を進めるうえでの示唆を得る。

第 3 章では、第 2 章の文献検討で明らかになった乳がんの受診遅延の定義についてコンセンサスが得られていないという課題を踏まえ、今後の研究基盤となる乳がん患者の受診遅延の定義を導くことを目的に概念分析を実施する。概念分析の結果から、本研究では乳がん患者の受診遅延を主観的時間と客観的時間の両方から捉えることを示す。

第 4 章では、第 2 章の文献検討で概観した乳がんの受診遅延に関するモデルおよび理論や、第 3 章の概念分析の結果を踏まえて、本研究における理論的視座を示す。

第 5 章では、本研究の研究デザインについて述べる。本研究は、研究課題について包括的な分析を行うため、量的研究と質的研究の両方を取り入れる混合研究法によって行う。量的研究は、調査研究によって行い、質的研究は質的記述的研究によって行う。第 5 章では、それらの具体的な方法などについて述べ、方法論的な位置づけを明らかにする。

第 6 章では、乳がん患者の受診遅延の関連要因に関する量的研究について述べる。量的研究では、統計学的手法を用いて乳がん患者の受診遅延の関連要因を分析することで、集団

としての傾向や特性を明らかにする。具体的には、乳がん患者を対象に無記名による自記式質問紙調査を実施し、乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの期間を生命予後に影響する 3 ヶ月をカットオフポイントとして、「遅延群」、「非遅延群」の 2 群間で比較を行い、受診遅延の関連要因を検証する。

第 7 章では、乳がん患者の受診遅延の関連要素に関する質的研究について述べる。質的研究では、量的研究の変数では捉えきれない個別の状況、考え、背景などを踏まえた受診遅延の関連要素を「遅延群」、「非遅延群」の比較により抽出する。

第 8 章では、量的研究と質的研究の統合を行い、本研究全体の総括を行う。

第 9 章では、本研究から得られた最終的な結論について記述する。

第２章　文献検討

乳がんの受診遅延に関する研究の動向および、研究課題を明確化することを目的に文献検討を行った。

文献の検索方法は、国外論文については PubMed、CINAHL、国内論文は医学中央雑誌 Web Ver.5 を用いた。国外論文のキーワードは「breast cancer」、「help seeking」、「delay」とし、国内論文については、「乳がん」、「受診遅延」を検索語とした。対象年度は 1981 年～2015 年 4 月までの論文を対象とした。

文献の選定基準は、①英語または日本語で書かれている論文であること、②受診遅延に焦点を当てた研究であることとした。以上を踏まえて、キーワードで検索された文献から選定基準に合致する文献と、キーワードで検索されなかったが、選定基準を満たしている文献を 2 次的に収集した。

国外文献はキーワードにより、PubMed 40 件、CINAHL 36 件の文献を検索した。これらの文献について選定基準に照らして確認し、PubMed 33 件、CINAHL 10 件の文献が選定基準に合致した。さらに、2 次的に収集した 13 件の文献を追加し、計 56 件の論文を検討した。国内文献は、2 件の文献が選定基準に合致した。以上の文献を概観した結果、「乳がんの受診遅延の定義」、「乳がんの受診遅延に関するモデル」、「乳がんの受診遅延の関連要因」、「乳がんの受診遅延と地域」、「乳がんの受診遅延に対するアプローチ」に分類できた。

また、乳がん以外の領域の受診遅延に関する先行研究についても概観し、本研究への示唆を得た。

第１節　乳がんの受診遅延の定義

本節では、乳がんの受診遅延の定義を文献に基づいて整理する。

１．患者による遅延・医療機関による遅延

乳がんの受診遅延とは、遅延理由が患者に起因するものなのか、医療機関に起因するものなのかにより、「患者による遅延（patient delay）」、「医療機関による遅延（provider delay）」に大別される(Bish, Ramirez, Burgess, & Hunter, 2005)。

患者による遅延は、「乳房の異常に気付いてから医療機関を受診するまでのインターバルの遅延」と定義されている(Alhurishi, Lim, Potrata, & West, 2011; Bish et al., 2005; Facione N.C & Facione P.A, 2006; Iskandarsyah et al., 2014; Poum, Promthet, Duffy, & Parkin, 2014; Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2009)。その期間については、2 週間以上(Quaife et al., 2014)、4 週間以上(O'Mahony, McCarthy, Corcoran, & Hegarty, 2013)、3 ヶ月以上(Bish et al., 2005; Facione & Facione, 2006; Iskandarsyah et al., 2014; Poum et al., 2014)と様々であり、3 ヶ月以上を受診遅延と定義している文献が多かった。それは、Richards ら（1999）が行った 87 文献、101,954 名の女性乳がん患者を対象とした受診遅延と生存率の関連を調査したシステマティックレビューにおいて、乳房の異常に気付いてから 3 ヶ月以上の遅延が 5 年生存率に有意に関連するという報告の影響が大きい。

医療機関による遅延は、「医療機関を受診してから治療が開始されるまでのインターバルの遅延」をさし、“システムによる遅延”“病院による遅延”“医師による遅延”とも言われている(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2009)。Sainsbury ら（1999）が行った 36,222 名の乳がん患者を対象とした医療機関による遅延と生存率の研究によると、患者が医療機関を受診してから治療が開始されるまでに 1 ヶ月以上の時間を要した場合、生命予後に有意に影響することが報告されている。よって、患者が医療機関を受診してから治療が開始されるまでに 1 ヶ月以上の時間を要した遅延を医療機関による遅延と定義されている。

一方で、Unger-Saldana ら（2011）は時間の区切りで受診遅延を定義づけることは、社会文化的背景や患者の生活状況を考慮しない点で限界があることを指摘しており、受診遅延を予防する看護援助を構築していくためには患者の視点から受診遅延を捉えることも重要であると提言している。

２．乳がんのステージによる分類

先行研究では、ガイドラインの基準に基づいた乳がんの進行分類により、乳がんの受診遅延をステージがⅢまたはⅣであると定義している(中原, 2002; 中島 et al., 2004)。

以上、各著者の様々な理解のもとに乳がんの受診遅延の定義がなされていた。研究の実施に先立ち、受診遅延の定義を整理し、どのような視座に立ち研究を進めていくのか検討する必要性について本節により明らかになった。本研究で使用した受診遅延の定義については、第 3 章 乳がん患者の受診遅延の概念分析で述べる。なお、本研究では「患者による遅延（patient delay)」に焦点を当て研究を実施する。

第２節　乳がんの受診遅延に関するモデル

本節では、乳がんの受診遅延に関するモデルについて、文献に基づいて整理する。

１．基盤となるモデル

乳がんの受診遅延における最初のモデルは、1995 年に Andersen らによって構築された患者遅延モデル（Total Patient Delay Model）であり、受診遅延のプロセスをモデルで示した点に特徴がある。患者遅延モデルは、5 つのステージから構成される(Andersen & Cacioppo, 1995)。ステージ 1 は、病気の症状を評価する「評価の遅延」である。ステージ 2 は、専門機関への受診を決断するまでの「病いへの対処の遅延」である。ステージ 3 は、受診を決断して予約をとるまでの「行動の遅延」である。ステージ 4 は、予約をして診察を受けるまでの「スケジュールの遅延」である。ステージ 5 は、医療機関にかかってから治療が開始されるまでの「治療の遅延」である。

２．モデルの発展

2000 年頃から、受診遅延の基盤となるモデルである患者遅延モデル（Total Patient Delay Model）の 5 つのステージの中で、「ステージ 1：評価の遅延」、「ステージ 2：病いへの対処

の遅延」、「ステージ 3 : 行動の遅延」の 3 つのステージ全てに焦点を当てたモデルが開発されている。これらの 3 つのステージは、乳房の異常に気づいてから医療機関を受診するまでのプロセスを示しており、患者の遅延として捉えられている。

開発されたモデルは、①米国で開発された「Judgment to Delay モデル(Facione, 2002)」、②英国で開発された「The Understanding Patient Delay モデル(Bish et al., 2005)」、③マレーシアで開発された「The Psycho-Socio-Cultural Model of Symptom Appraisal モデル(Taib, Yip, & Low, 2011)」、④メキシコで開発された「A grounded model of help-seeking behavior(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2011)」の 4 つである。以下、各モデルについて記述する。なお、本研究では①Judgment to Delay モデルと、③症状評価の心理社会文化モデル（The Psycho-Socio-Cultural Model of Symptom Appraisal モデル）を用いる。

①Judgment to Delay モデル

Facione ら（2002）によって米国で開発されたモデルである（図 2）。Judgment to Delay モデル（以下、J-Delay モデル）は、受診遅延に関する 12 文献のメタ分析の結果と(Facione, 1993a)、心理社会学分野で発展した社会心理モデル（Social psychological model）(Triandis, 1980)、Facione らが実施した 3 つの質的研究の結果を踏まえて開発された。

J-Delay モデルは、患者の遅延に焦点を当てており、乳がんの受診遅延に関連する要因をモデル化した点に特徴がある。モデルは、「問題の認識」、「情動反応」、「健康習慣」、「信念」、「医療機関との距離」、「社会との関係性」の 6 つの概念から構成されている(Facione, 2002)。「問題の認識」とは、症状に関する知識やリスク評価を踏まえ、乳がんを問題だと認識することを示す。「情動反応」とは、乳房の異常や治療に対する感情的な反応を示す。「健康習慣」とは、日々のセルフケアやがん検診の受診状況を示す。「信念」とは、治療に対する考え方やスピリチュアリティを示す。「医療機関との距離」は医療機関までのアクセス状況や心理的な距離を示す。最後に「社会との関係性」は、文化、社会、家族の状況に合わせた役割期待を示している。

J-Delay モデルは、これまで受診遅延の関連要因を検証する量的研究(O'Mahony, Hegarty, & McCarthy, 2011)や、質的研究（Manly-Lampkin, 2003）で数多く活用されている。さらに、Facione ら（2002）は J-Delay モデルを更に発展させ、予防の視点から早期受診を促すツールとして活用することを提言し、J-Delay モデルの枠組みを用いて、受診遅延の考え方や行動のリスクを評価する J-Delay 尺度を開発した。そして、尺度の活用可能性を検証するために、乳房の症状が出現していない無症状の女性（n=699）を対象に調査を実施した。その結果、受診遅延のハイリスク者と低所得、低学歴、ラテン系やアフリカ系アメリカ人の人種、過去の医療機関での差別の経験、運命論、乏しい健康習慣、優先事項の存在などとの関連が認められた。実際に遅延した女性の特徴と同様の結果が得られたことから、J-Delay モデルが遅延に至りそうな女性の考え方や行動をスクリーニングするアセスメントツールとして活用可能であることを示した。

以上のように、J-Delay モデルは十分に検証されたモデルであり、これまで乳がんの受診

遅延の関連要因の検証から予防まで幅広く活用されていることから、本研究では J-Delay モデルを用いて研究を構成する。

②受診遅延の患者理解モデル（The Understanding Patient Delay Model）

Bish ら（2005）によって英国で開発されたモデルである。Bish らは、患者遅延モデル（Total Patient Delay Model）(Andersen & Cacioppo, 1995)の「ステージ 1：評価の遅延」、「ステージ 2：病いへの対処の遅延」、「ステージ 3：行動の遅延」の各ステージにおいて、乳房の症状に気付いてから行動し最終的に受診を決定するまでの詳細なプロセスに関する説明が十分になされていない点を指摘し、受診遅延の患者理解モデルを開発した(Bish et al., 2005)。受診遅延の患者理解モデルは、なぜ乳房の異常に気付いたにも関わらず受診が遅延したのかという、遅延の理由に焦点を当てている。モデルは、自己制御理論と計画的行動理論、実行意思を視座として、乳房の異常に気付いてから受診に至るまでのプロセスを「基本的属性」、「知識と症状の評価」、「受診に対する態度」、「症状の開示」、「受診に対する意思」の概念で構成している。

しかし、モデルの限界として乳房の異常に気づいた際の感情反応や社会文化的背景を考慮していない点が指摘されている(Fitzpatrick & McCarthy, 2014, Chapter8)。

③症状評価の心理社会文化モデル（The Psycho-Socio-Cultural Model of Symptom Appraisal Model）

症状評価の心理社会文化モデルは、これまで欧米諸国を中心に開発されてきた受診遅延のモデルをアジア文化圏でも適応できるように、Taib ら（2011）がマレーシア人（n=19）を対象とした質的研究の結果を踏まえて、発展させたモデルである（図 3）。Taib ら（2011）は、②の受診遅延の患者理解モデル(Bish et al., 2005)に「社会的枠組み」と「文化的枠組み」を追加し、アジア諸国の特徴である「症状開示からソーシャルサポート、他者による承認を得て受診に至る」までの一連のプロセスを組み込んだ。

症状評価の心理社会文化モデルは、「症状評価」から受診に至るまでのプロセスを詳細に示した点に特徴があり、症状評価は「症状の知識」や「症状開示、ソーシャルサポート、他者からの承認」の影響を受ける。

しかし、症状評価の心理社会文化モデルは、マレーシア人のみを対象として開発されたモデルであるため、多様な文化においてモデルの活用を検証することが今後の課題である。また、モデルは理論的に開発された段階にあるため、モデルを用いた実践的な研究の蓄積が必要である。

④救援行動モデル（A grounded model of help-seeking behavior）

Unger ら（2011）によりメキシコで開発されたモデルである。Unger らは、既存のモデル(Andersen & Cacioppo, 1995; Facione, 2002; Bish et al., 2005)の遅延の要因や原因のみに焦点を当てている点をモデルの限界であると指摘し、患者の生活や経験を理解することの重要性を提言した。また、メキシコなどの中進国では、受診遅延の問題は、個人の要因よ

りも国の社会資源や医療水準の影響が大きいことを指摘し、中進国でも適応可能な救援行動モデルを開発した(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2011)。救援行動モデルは、病気対処行動理論（Young J.T, 2004）と、患者へのナラティブインタビュー（n=17）の結果を踏まえて開発された。モデルは、乳房の異常に気付いてから受診に至るまでのプロセスを患者の経験から包括的に捉えた点と、国の社会文化やヘルスケアシステムを重視した点に特徴がある。モデルの構成概念は、「個々の背景」、「症状解釈と意思決定プロセス」、「ソーシャルネットワーク」、「ヘルスサービスの資源」であり、モデルは、客観的時間では捉えられない受診遅延の多次元で多様な様相を示している(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2011)。

しかし、救援行動モデルは、メキシコの 1 施設のみを対象として理論的に開発されたため、実践的にモデルを活用し、モデルの有効性を検証することが今後の課題である。

このように、乳がん患者の受診遅延に関するモデルは、国の社会文化や保健医療システムの状況に合わせて開発されてきた。本邦の社会文化に適合したモデルの開発は皆無の状況にあるため、本邦で乳がんの受診遅延の研究を進めていくには、諸外国とは異なる文化や医療資源、国の経済状況などを考慮し、本邦の実情に合わせてモデルを活用することが重要である。

また、乳がん患者の受診遅延に関するモデルに焦点を当てたレビュー論文によると、本節で検討したモデルを含め、乳がん患者の受診遅延に関するモデルは、各著者の様々な理解のもとに異なる理論や枠組みが用いられており、理論や枠組みのコンセンサスが得られていないことが指摘されている(Lim, 2011)。

以上のことから、本研究では、これまで先行研究で数多く活用され、実践的に検証されている J-Delay モデルを本研究の中核となるモデルとして位置づけ、アジアの文化的特徴を踏まえた症状評価の心理社会文化モデルの「ソーシャルサポート」、「症状開示」、「他者からの承認」の概念を視座に加え、研究を進める。

第３節　乳がんの受診遅延の関連要因

本節では、乳がんの受診遅延の関連要因について、文献に基づいて整理する。

１．個人的要因

個人差はあるものの、受診遅延は「年齢」や「婚姻状況」と有意に関連する(Facione, 1993a; Ramirez et al., 1999; Montazeri, Ebrahimi, Mehrdad, Ansari, & Sajadian, 2003; Bish et al., 2005)。未婚者は、パートナーと共にがんに対するネガティブな感情を共有する機会が少ないことなどから、遅延に至りやすいことが報告されている(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2011)。また、高齢になる程、他の疾患を併存していることが多く、症状評価が困難なために症状に対するリスクを低く見積もることや、経済的問題により受診遅延に至りやすいとされている(Lu, Lin, & Lee, 2010)。一方、40 歳未満の若年者では、女性が乳房の異常に気付いて医療機関を受診しても、医療者によって乳がんを見過ごされることが多

く、医療者による遅延が課題であるとされている（Manly-Lampkin, 2003）。近年、高齢（65歳以上）・若年（40歳以下の成人）というように、年代別に受診遅延の関連要因を検討した文献も散見している(Burgess et al., 2006)。

「生活水準」や「教育歴」によっても受診行動は左右される。先行研究によると世帯収入や教育歴が低い者は、受診が遅延しやすいことが報告されている。貧困は保険の加入状況や保険等級など治療費の支払い能力と関連することから、経済的な問題は受診遅延の強い予測因子である(Facione, 1993; Ramirez et al., 1999 O'Mahony et al., 2013)。また、経済状況と教育歴は有意に関連し、教育歴が低い者は年収も低いことがこれまでの研究で明らかになっている。欧米で実施された研究によると、白人に比べて、黒人やラテン系において遅延者の割合が高いことが報告されている。このような状況を受け、近年マイノリティのみに焦点化した遅延研究も少なくない(Marlow, McGregor, Nazroo, & Wardle, 2014; Jones et al., 2014)。

しこりや痛みなどの「乳房症状の有無」、「症状出現の程度」は、受診を判断する上で重要なトリガーであり、「知識不足」とともに受診遅延の大きな予測因子である(Lam et al., 2009; Lu et al., 2010; Gould, Fitzgerald, Fergus, Clemons, & Baig, 2010 ; Taib et al., 2011; Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2011; Quaife et al., 2014; Marlow et al., 2014)。乳がん患者の受診に至るまでの判断プロセスを明らかにした研究によると、女性は自分のこれまでの知識や体験、感覚に基づいて「症状の解釈・判断」を行っており、とりわけ、家族や友人など身近な者や自分自身の「経験」を判断材料にして症状を評価していることが明らかになっている(Facione, Giancarlo, & Chan, 2000; Facione & Facione, 2006)。先行研究においても、「乳がんの家族歴の有無」が受診遅延と関連していることが報告されている(Lam et al., 2009)。

症状に気付いた際に生じる「恐怖」などの感情的な反応もまた受診遅延の予測因子の1つである。恐怖には“死”に対する恐怖、手術や化学療法などの“治療”に対する恐怖、治療に伴う“経済的支出”に対する恐怖、パートナーとの関係性や女性性を“失うこと”への恐怖があることが、これまでの研究で明らかにされている(Facione, 1993)。一方、症状に対して「楽観的」に捉える者も受診が遅延する傾向にあることが報告されている。「楽観性」は、受診を決定するにあたり、リスクを低く見積もりやすく、誤った解釈を招くとされ、Facione ら（2002）は、今後の受診遅延に関する研究において楽観性を概念の 1 つとして研究枠組みに組み込むことを提言している。Khakbazan ら（2014c）は、乳がん患者の受診遅延の経験を質的に分析した研究において、楽観主義には、がんの現実を直視する“恐怖”が隠れていることについて言及している。心理学分野では、楽観性は 1 つの対処行動であるとの見解もあることから、乳房の異常に気付いた際の楽観や恐怖・不安は、受診遅延に関連する 1 つの概念として位置づけられている(Facione, Miaskowski, Dodd, & Paul, 2002)。

がんや治療に対する「考え方・信念」は受診遅延の関連要因である(Facione, 1993a; Lam et al., 2009; Lu et al., 2010; Taib et al., 2011)。特に、病気になったことを「運命」として捉え、医療機関での治療を選択せずに、「補完代替療法」や「自己治療」を優先する者は受診が遅延する傾向にあることがこれまでの研究で明らかになっている(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2011; Marlow et al., 2014)。

「日頃の健康習慣」は受診遅延と有意に関連する（O'Mahony et al, 2011）。先行研究では「習慣的な自己検診」や「定期的な乳がん健診の実施」などセルフケアの維持に親和性の低い者は受診が遅延する傾向にあることが報告されている。そこには医療者との関係性や病院嫌いなど、病院に対する「心理的距離」も影響する(Bish et al., 2005; O'Mahony et al., 2011)。

２．社会的要因

受診遅延の関連要因として、仕事や子育て、介護など自分自身の健康問題以外の「優先事項の存在」が挙げられる(Lam et al., 2009; Lu et al., 2010; Taib et al., 2011)。自分自身の健康問題以外の事項を優先する背景には、女性が家事や介護を担わなければならないといった社会による女性への役割期待が存在する。Facione ら（1993a）は、女性に対する周囲からのサポートの必要性と社会全体で女性の受診遅延を考えていくことの意義について提言している。

受診遅延の問題において「ソーシャルサポート」を考慮することは重要である（Bish et al, 2005、Unger-Saldana et al, 2011）。多くの人は病院受診を検討する際、誰かに話しアドバイスを受けるとされており、他者に相談をすることで、多様な情報が得られ、子どもの面倒を見てくれるなど、フォーマル、インフォーマルなサポートが得られる(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2011)。一方、相談をした際にアドバイザーが間違った情報を提供した場合、受診に至らず遅延期間が延長することについても報告されている(Norsa'adah, Rahmah, Rampal, & Knight, 2012)。

３．保健医療システムの要因

がん治療が行える専門施設の有無などの「医療資源」や、居住地から医療専門機関までの距離、交通手段の有無などの「物理的アクセス」の問題は、受診遅延の関連要因である。特に、これまでの研究において田舎に居住している者は都市部に居住している者に比べて受診が遅延しやすいことが明らかになっている(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2011)。また、医師の誤診断や人的資源の不足など、国の医療水準が受診遅延と関連することについても報告されている。Poum ら（2014）は、タイの病院は待ち時間が長く、受診の予約をとるのにもかなりの時間を要すると述べており、発展途上国を中心とした保健医療システムの弱さは受診遅延と関連する。また、発展途上国は先進国に比べて症状が進行してから受診に至るケースが多いことが指摘されており(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2009)、

受診遅延の問題を検討する際には、国の経済状況や社会背景を考慮する必要がある。

以上のように、諸外国を中心に乳がんの受診遅延の関連要因が明らかにされている。本研究では、先行研究で明らかになった受診遅延の関連要因を踏まえたうえで、受診遅延の関連要因を明らかにしていく。

第４節　乳がんの受診遅延と地域

本節では、文献に基づき、乳がんの受診遅延の心理社会的特徴について地域別に整理する。

１．欧米

欧米では、多様な人種が居住していることから、受診遅延と人種や貧困、教育との関連について検証されている。特に、白人以外の人種やマイノリティの遅延が問題視されている(Marlow et al., 2014)。また、移民にとって言語バリアは医療機関との精神的距離を生み、受診遅延の要因となっている。一方、欧米における白人を対象にした研究では、女性の社会進出との関連で仕事や子育てなど、受診以外の優先事項の存在が受診遅延に影響していることが報告されており、女性自身が自分の健康に関してケアできるようなサポートづくりを社会全体で見直す必要性について考察されている(Facione et al., 2002)。

２．中南米

Unger-Saldana らが中心となり、メキシコや中進国の受診遅延に焦点を当てた研究を実施している。その中で、貧困やがん検診のシステムなど、医療環境の未整備が受診遅延と関連していることが指摘されている(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2009; Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2011; Unger-Saldana, Pelaez-Ballestas, & Infante-Castaneda, 2012)。

３．中東

イランで実施された研究では、自分の症状を開示することで周りの者から興味本位のうわさ話のような扱いを受けることや、乳房という性的な臓器について話すことがタブー視されることから、文化的背景が受診遅延の要因であると報告されている(Montazeri et al., 2003; Alhurishi et al., 2011; Khakbazan, Roudsari, Taghipour, Mohammadi, & Pour, 2014; Khakbazan, Taghipour, Latifnejad Roudsari, & Mohammadi, 2014; Khakbazan, Taghipour, Roudsari, Mohammadi, & Omranipour, 2014)。

エジプトで実施された研究では、国の医療資源や施策、貧困が受診遅延に関連することが報告されている(McEwan, Underwood, & Corbex, 2014)。

４．アフリカ

アフリカでは、がんは死を連想させる病気であり、死への恐怖や病気によって家族の中での役割を果たせなくなる恐怖、パートナーから見放される恐怖が受診遅延に関連する。また、

症状を認識しても、まじないや祈祷師が治療を行うといった文化的風習により、受診が遅延する状況が存在する。さらに、国全体の貧困問題はアフリカにおける受診遅延の特徴的な関連要因である。アフリカ社会における女性の位置づけや家族形態のあり方も受診遅延と関連しており、アフリカにおいて社会的背景を考慮することは重要である(Gates, Lackey, & Brown, 2001; Jones et al., 2014)。

５．アジア

中国系アメリカ人を対象に行った乳がん患者の受診遅延の質的研究から、「東洋医学」がテーマとして抽出され、「運命論」を考えに持つ者が多いことや伝統的医療・補完代替療法の使用を優先する者の存在が特徴的であることが明らかになっている(Facione et al., 2000)。マレーシア人やタイ人を対象にした研究においても「補完代替療法」の利用が受診遅延と関連することが報告されている(Taib et al., 2011; Poum et al., 2014)。その他、中国系アメリカ人や台湾人を対象とした研究では、乳房の検査や診察に際して男性医師に対する「羞恥心」が受診行動を阻害していることが報告されている(Facione et al., 2000)。

その他、アジア諸国では受診に際して他者からのアドバイスを重要視しており、家族や友人など他者の承認を得つつ、周囲の者とともに受診を決定している(Lam et al., 2009)。日本人を対象とした研究では、自分の大変な状況を共有できる相手がいないという「援助者の不在」や「相談できる場のなさ」が受診遅延と関連するのではないかと示唆されており(中島ら, 2004; 中原, 2002)、他者との関係性を重要視するアジアにおいて、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークを考慮することは重要である。

以上のように、地域別に乳がんの受診遅延の関連要因に特徴が見られたことから、その国独自の社会文化を考慮し、受診遅延の研究を進めていくことは重要である。

第５節　乳がんの受診遅延に対するアプローチ

本節では、乳がんの受診遅延に対するアプローチに関する研究について、文献に基づいて整理する。

１．乳がん受診遅延のアセスメント質問紙

Unger-Saldana ら（2012）によって、乳がんの受診遅延の関連要因を包括的に検証するための質問紙が開発された。質問紙は、「症状解釈」、「初診時の症状」、「医療機関を受診した理由」、「病院受診までのバリア」、「乳がんの知識」、「がん検診歴」の 6 領域 68 項目で構成されている（Cronbach α：0.42-0.85）。しかし、実際に質問紙を活用した研究報告は現時点ではなされていない。

２．The judgment to Delay Scale

Facione ら（2002）によって、受診遅延ハイリスク者をスクリーニングするためのツールが開発された。The judgment to Delay Scale（以下　J-Delay Scale）は 7 年間にわたる計

7 つの研究（量的研究、質的研究、混合研究法）を経て、受診遅延に至りそうな女性の考え方や行動を尺度化したスケールである。J-Delay Scale は単一尺度であり、全 15 項目で構成されている。「はい：1 点」、「いいえ：0 点」で回答し、合計得点を算出する（一部、逆転項目あり）。得点が高い程、遅延しやすい考え方や判断・行動特性にあることを意味し、カットオフ値 3 点以上が遅延のハイリスク者として評価される。乳がん以外の疾患にも適応可能であり、英語版（Cronbach α：0.83）とスペイン語版（Cronbach α：0.81）がある(Facione et al., 2002)。

先行研究を概観した結果、受診遅延の看護援助に結びつく研究は、アセスメント指標の開発段階にあった。今後は、具体的な介入方法や看護援助を提示する研究が必要である。

第 6 節　乳がん領域以外の受診遅延

本節では、乳がん以外の疾患の受診遅延に対する研究について、文献に基づいて整理する。

１．がん領域

大腸がんや肺がんなど多様な種類のがん患者を対象とした受診遅延の関連要因について検討したレビュー論文によると、「症状の解釈と認識」、「恐怖」は全がんで共通した受診の阻害要因としてあげられている(Smith, Pope, & Botha, 2005)。また、女性は自分自身の健康よりも仕事や家庭を優先しやすいことが報告されており、受診遅延を検討する際には、「性差」を考慮することの重要性が示されている。受診の促進要因として「家族からの促し」、「メディア」が報告されている（Hajdarevic, 2012）。

次に、がん種ごとの受診遅延に関する論文を概観した。

肺がんでは「肺がんに対するスティグマ」や「喫煙に対する自責の念」が特徴的な遅延の関連要因である(Carter-Harris, Hermann, Schreiber, Weaver, & Rawl, 2014)。

卵巣がんは、症状が出にくいという特徴があり、受診遅延に際して、患者の要因よりも医療機関に受診してからの医療者による誤診などの要因が大きいとされる(Evans et al., 2007)。

子宮頸がんは、不正出血など症状の出現が受診遅延と関連する(Gyenwali, Pariyar, & Onta, 2013)。

悪性黒色種は、男性ではパートナーへの相談の有無が、女性では家族に対する役割優先が受診遅延と関連することが報告されており、性差が受診遅延と関連する（Hajdarevic, 2012）。

以上のように、がん領域における受診遅延の研究を概観した結果、恐怖など乳がんの受診遅延と共通する関連要因もあったが、がん種別でそれぞれ特徴があることが明らかになった。よって、受診遅延の研究はがん種別に進めることが重要である。

２．がん以外の領域

がん以外の疾患における受診遅延の研究は、心疾患患者やリウマチ患者、肺結核患者などを対象としており、多岐にわたっていた。

心疾患の受診遅延に関するレビュー論文によると、多くの論文が受診遅延を死亡率に影響する時間で定義しており、「症状に気付いてから受診までの時間が 30 分以上」を遅延と定義している。また、症状の種類と重篤度が受診行動に影響することが報告されている。さらに、受診遅延の概念は明確でないため、今後の課題として概念の統一が必要であると考察されている（Mackay, H. M., Ratner, A. P., Nguyen, M., Percy, M., Galdas, P., & Grunau, G, 2014）。

リウマチの受診遅延に関する研究では、受診遅延の定義を「症状が出現してから治療が開始されるまでの時間が 12 週以上」としている。受診遅延の理由としては、リウマチだとは思わなかったといった「症状解釈の問題」、「医療機関へのアクセスの問題」、「補完代替療法の実施」が挙げられている。その他、受診の促進要因として「家族や友人からのアドバイス」が挙げられている。また、近年の研究動向として、受診遅延の評価スケールの開発がなされているが(Stack et al., 2015)、今後の課題として看護介入の精緻化に結びつく研究が必要である。

肺結核の受診遅延に関する研究では、受診遅延を「症状の出現時から治療開始までの期間の遅延」と定義しており、病気行動モデルを基盤に受診遅延の関連要因を検討している。受診遅延の要因として、血痰などの「症状の有無」や周囲への「相談の有無」、「保健行動の優先性の低さ」などが挙げられている(加藤, 有本, 島村, 村嶋, 2012)。

以上のように、がん領域以外でも時間を軸とした受診遅延の定義がなされている。また、研究の動向として、受診遅延の関連要因に関する検討が中心になされており、受診遅延の要因を踏まえた測定尺度の開発など、具体的な看護支援の検討が今後の課題である。

文献検討により、乳がん以外の領域においても乳がん領域と同様の動向にあることが明らかとなった。

第７節　本章のまとめ

乳がんの受診遅延に関する研究の動向と今後の課題について示唆を得るために文献検討を行った。その結果、以下の示唆を得た。

１．乳がんの受診遅延の定義、および概念のコンセンサスが得られていないことが明らかになった。よって、研究を実施するにあたり、研究の視座となる受診遅延の定義および概念を整理する必要がある。
２．国の社会文化や保健医療システムの状況を踏まえ、乳がん患者の受診遅延に関するモデルが発展していた。しかし、本邦で発展したモデルは皆無であった。よって、本邦の社会文化的背景や実情を考慮し、既存のモデルの概念や考え方を組み合わせた研究枠組み

を構成することが重要である。なお、本研究では乳がん患者の受診遅延の関連要因を検証する量的研究や質的研究で数多く活用されているJ-Delayモデルを中核となる理論的モデルとして活用する。

3．諸外国を中心に乳がんの受診遅延の関連要因について検討がなされていた。乳がんの受診遅延の関連要因は、「個人的要因」、「社会的要因」、「保健医療システムの要因」に分類できた。「個人的要因」として、年齢、婚姻状況、生活水準、教育歴、乳房症状の有無、乳がんに関する知識レベル、乳がんの家族歴、恐怖、受診・治療の選択に対する考え方や信念、補完代替療法の利用、検診の受診状況、が挙げられた。その他、考察の中で受診遅延と楽観性との関連について言及されていた。「社会的要因」として、仕事や子育てなどの優先事項の存在、ソーシャルサポートが挙げられていた。「保健医療システムの要因」として、専門施設の数などの医療資源、医療機関までの物理的アクセスが挙げられていた。

4．国・地域で乳がんの受診遅延の関連要因に特徴が見られた。本研究では、本邦の心理社会的特徴や実情を考慮し、乳がんの受診遅延の関連要因を明らかにする。

5．乳がんの受診遅延に関する研究は、諸外国を中心に実施されており、本邦においては2件の文献のみであった。今後は、本邦で活用可能な看護援助の構築に向けた乳がんの受診遅延に関する研究の蓄積が必要である。

6．乳がんの受診遅延を予防するための具体的な看護援助に結びつく研究は、アセスメント指標の開発段階にあった。今後の課題として、具体的な介入方法や看護援助に関する研究が必要である。

7．乳がん以外の領域における受診遅延の研究においても、関連要因が中心に検討されており、乳がん領域と同様の動向にあった。

第３章　乳がん患者の受診遅延の概念分析

第１節　目的

第 2 章の文献検討において、乳がん患者の受診遅延の定義についてコンセンサスが得られていなかった。そこで、研究に先立ち、今後の研究基盤となる乳がん患者の受診遅延の定義を導くことを目的に概念分析を実施した。

第２節　方法

１．概念分析

概念分析は、曖昧な概念を明確化することで、更なる実践や研究の発展に寄与することができるアプローチである。本研究では、選択した概念のコンセンサスを確認し、使用可能な概念の基盤を提供するために Rogers（2000）が提唱した概念分析法の手続きに基づいて分析を行った。

２．対象文献の選定

Rodgers （2000, p.88）は、概念分析のサンプリングについて着目した分野から 30 件または総数の約 20%の資料を選択することを推奨しており、本研究では、それを参考に文献を収集した。研究論文については PubMed、MEDLINE、CINAHL の 3 つの医療系英語データベースと医学中央雑誌 Web ver.5 を使用した。国外論文のキーワードは「breast cancer」「help seeking behavior」「delay」、国内論文については「乳がん」「受診遅延」を検索語とした。対象年度は 1981 年から 2015 年 5 月までとした。その結果、PubMed 28 件、MEDLINE 8 件、CINAHL 8 件、医学中央雑誌 3 件が検索された。このうち、重複 8 件、日本語と英語以外 1 件、学会抄録 1 件を除外した。闘病記を含む書籍については、CiNii Books を使用し「乳がん」「受診遅延」をキーワードに検索を行ったが該当するものはなかった。その他、患者の病いの経験を集めた Database of Individual Patient Experiences Japan（以下、DIPEX Japan）から、女性乳がん患者が乳がんの徴候に気づいて受診に至る経験（異常の発見）の受診遅延に関する全ての語りを分析に加えた。DIPEX Japan は、個々の語りを切片化しデータベース化している点に特徴があり、Oxford 大学が開発した研究手法で構築され妥当性は担保されている（佐藤ら, 2008）。データベースの一部を分析資料として使用することについては DIPEX Japan の事務局より許諾を得た。以上，国外文献 27 件、国内文献 2 件、患者の語りのデータベース 1 件の計 30 件を分析対象とした。

３．データ分析方法

対象とした各文献から全体の概要を明らかにし、コーディングシートに属性、先行要件、帰結や記述内容を抽出した。抽出された各々の記述をカテゴリー化したうえで概念の主要なテーマを導いた。がん看護の専門家のスーパーバイズを受け、検討を重ねることで分析結果の真実性の確保に努めた。

第３節　結果

本概念分析で得られた属性、先行要件、帰結の概念モデルを図１に示す。以下カテゴリーは【　】、サブカテゴリーは［　］で示す。

１．属性

乳がん患者の受診遅延の属性には、【時間】と【意思決定プロセス】の２つのカテゴリーが含まれた。

・【時間】

このカテゴリーは、症状に気づいてから病院を受診するまでの期間の延長を表していた。先行研究では、症状評価の期間を時間の枠組みで捉えており、時の長さを３ヶ月以上（Wool , 1986; Facione, 1993a; Khakbazan et al, 2014; Iskandarsyah et al, 2014; O'Mahony et al, 2013; Granek et al, 2012; Linsell et al, 2008）、3～6 ヶ月（Grunfeld et al, 2010）、6 ヶ月～2 年（Lu et al, 2010）、8 週間以上（Gould et al, 2010）、12 週間以上（Thongsuksai et al, 2000）、1～3 年（中原, 2002）と世界共通の単位で規定した［客観的時間］で示していた。また、患者は受診遅延の期間について「受診しようと思っているうちに日にちがたってしまった」「1～2 ヶ月があっという間に過ぎた」と客観的時間とは異なる、個々の置かれた状況やその人の感覚によって変化する（Unger-Saldana et al, 2011）［主観的時間］で捉えていた（DIPEX Japan, 2015）。

・【意思決定プロセス】

受診遅延の期間については、救援行動を行わない（Khakbazan et al, 2014）、様子をみる（O'Mahony et al, 2013）、対処方法を検討する（Quaife et al, 2013）、症状を評価する（O'Mahony et al, 2009）、判断が遅れる（Facione et al, 2000）と捉えられていた。そこには、［意思］（Facione, 1993a; Grunfeld et al, 2003）や［判断］が存在し、行動するまでの一連の［プロセス］があった（Bish et al, 2005; Taib et al, 2011 ; Unger-Saldana et al, 2011）。

２．先行要件

受診遅延の先行要件には、【個人因子】、【医療環境】、【社会文化】の３つのカテゴリーが含まれていた。

・【個人因子】

個人因子として、［患者の特性］［感情反応］［知識不足］［受診以外の優先事項の存在］［健康に対する関心の低さ］の５つのサブカテゴリーが含まれた。

［患者の特性］として、高齢（Facione, 1993a; Grunfeld et al, 2002; Bish et al,2005; Linsell et al, 2008; Lu et al, 2010; Quaife et al, 2013; Khakbazan et al, 2014）や未婚（Facione, 1993; Thongsuksai et al, 2000; Quaife et al, 2013）、貧困（Facione, 1993a; Khakbazan et al, 2014）、低学歴（Marlow et al, 2013; Iskandarsyah et al, 2014）、乳がんの家族歴がない者（Grunfeld et al, 2002; O'Mahony et al, 2009.2011; Khakbazan et al, 2014; Iskandarsyah et al, 2014）は、受診が遅延していた。

［感情反応］では、恐怖（Norsa'adah et al, 2012; Marlow et al, 2014; DIPEX Japan, 2015）や不安、否認（Norsa'adah et al, 2012）などの感情が特徴的であった（Facione, 1993a; 中島ら, 2004; O'Mahony et al, 2009.2011.2013; Gould et al, 2010; Unger-Saldana et al, 2011; Iskandarsyah et al, 2014）。一方、楽観的であることも受診遅延に関連することが示唆されていた（O'Mahony et al, 2011; Khakbazan et al, 2014）。

［知識不足］（Facione, 1993a; Lu et al, 2010; Gould et al, 2010; Taib et al, 2011; Unger-Saldana et al, 2011; Norsa'adah et al, 2012; O'Mahony et al, 2013; Khakbazan et al, 2014; Marlow et al, 2014; Iskandarsyah et al, 2014）は、症状に気づいても疾患に結びつかないことから、受診遅延の関連要因として挙げられていた。

仕事や子育て、介護などの［受診以外の優先事項の存在］（Gould et al, 2010; Norsa'adah et al, 2012; Khakbazan et al, 2014; Marlow et al, 2014; DIPEX Japan, 2015）は、健康問題への対処が後回しになりやすいため、受診遅延が生じやすいとされていた。

日頃の健康診断や検診の受診状況など、自分自身の健康への関心は、受診行動と関連していた。健康への関心が低い者ほど、受診が遅延していたことから（Facione, 1993; Grunfeld et al, 2002; O'Mahony et al, 2009.2011.2013; Marlow et al, 2014）、［健康に対する関心の低さ］をサブカテゴリーとして抽出した。

・【医療環境】

［医療資源］と［医療機関との物理・心理的距離］の 2 つのサブカテゴリーが含まれた。人的資源や医療水準、がん治療を行える専門施設の有無が受診遅延に影響しており（Facione, 1993; Unger-Saldana et al, 2011；Norsa'adah et al, 2012）、［医療資源］をサブカテゴリーとして抽出した。田舎に居住する者は都市部に居住する者に比べて受診に至るまでの期間が延長しやすく（Unger-Saldana et al, 2011）、居住地から医療機関までの利便性が受診行動の障壁となっていた（Grunfeld et al, 2002; Poum et al, 2014; Iskandarsyah et al, 2014）。さらに、受診に際する羞恥心（Facione et al, 2000）や過去の医療機関での不快な経験（Bish et al,2005）、医療者との不十分なコミュニケーションにより（Iskandarsyah et al, 2014）、医療機関と心理的な距離が生じていた（Khakbazan et al, 2014）。よって、［医療機関との物理・心理的距離］をサブカテゴリーとして抽出した。

・【社会文化】

［社会相互作用］と［地域文化に基づいた信念］の 2 つのサブカテゴリーが含まれた。多くの者は病院受診を検討する際、身近な人に相談し、アドバイスを受ける。その際、アドバイザーが誤った情報を提供した場合や（Taib et al, 2011; Khakbazan et al, 2014）、配偶者を含めた周囲からのサポートが欠如した場合（Norsa'adah et al, 2012; Khakbazan et al, 2014）、受診までの期間が延長していた。さらに、社会的スティグマや周囲に心配をかけることを怖れて他者に症状を開示しない状況も報告されていた（中原, 2002; Bish et al,2005; Khakbazan et al, 2014; DIPEX Japan, 2015）。これらを含めて［社会相互作用］（O'Mahony et al, 2011; Unger-Saldana et al, 2011; Marlow et al, 2014）をサブカテゴリーとして抽出した。

また、世の中のでき事は定められていて人間の努力ではそれを変更できないと考える運

命論者はマレーシア人や黒人女性に多く、価値観が受診遅延に影響していた（Khakbazan et al, 2014）。その他、アジア人は補完代替療法を優先する傾向があるなど（Taib et al, 2011），［地域文化に基づいた信念］を受診遅延のサブカテゴリーとして抽出した（Facione et al, 2000; O'Mahony et al, 2011; Unger-Saldana et al, 2011; Marlow et al, 2014 ; Khakbazan et al, 2014）。

３．帰結

乳がん患者の受診遅延の帰結は、【生存率の低下】、【治療に伴う医療者・患者への負担】であった。

・【生存率の低下】

受診遅延が直接、生命予後に影響すると捉えられていた。サブカテゴリーは、［ステージの進行］（Facione et al, 2000; Thongsuksai et al, 2000; Lu et al, 2010; 中島ら, 2004; Taib et al,2011; Unger-Saldana et al, 2011; Marlow et al, 2013; Quaife et al, 2013; Forster et al, 2014; Iskandarsyah et al, 2014）、［転移］（Wool, 1986）、［重症化］（中原, 2002）、［予後不良］（Grunfeld et al, 2002; Norsa'adah et al, 2012）、［生存率の低下］（Facione, 1993; Meechan et al, 2002; Bish et al, 2005; Linsell et al, 2008; Grunfeld et al, 2010; Khakbazan et al, 2014; O'Mahony et al, 2009, 2013）、［死亡率の上昇］（Grunfeld et al, 2002; Gould et al, 2010）であった。

・【治療に伴う医療者・患者への負担】

受診遅延により治療は長期化し複雑化することから、医療者および患者にとって［治療やケアのコントロール困難］（Granek et al, 2012）な状況が生じることが示唆されていた。また、受診が遅延したことに対して、患者は自責の念などの［精神的苦痛］（中原, 2002; 中島ら, 2004）を伴う傾向にあることが報告されていた。

第４節　本章のまとめ

本研究で分析した文献の多くは、受診遅延を「乳房の症状に気付いてから医療機関に相談するまでの期間が 3 ヶ月以上である」と定義していた。生命予後に影響する客観的時間での区切りは、遅延者と非遅延者を分類することができるため、便宜的な定義として活用されていた。しかし、客観的時間による区切りだけでは、複雑な受診遅延の現象を把握する上で限界があることも示唆されていた（Unger-Saldana et al, 2011）。概念分析の結果、受診遅延の概念の特徴を表す属性には時間が中心にあり、そこには世界共通の時間の単位で示された客観的時間と患者の感覚を前提とした主観的時間が存在していた（下中, 1997）。また、受診遅延の現象には意思や判断の一連のプロセスが存在していた（図１）。これらの結果から、本研究では、乳がん患者における受診遅延を「主観的時間を含む受診に至るまでの意思決定プロセスにおいて客観的時間が延長した現象」と定義した(大城・神里, 2016b)。

第４章　理論的視座

第１節　受診遅延の捉え方

第 3 章の概念分析の結果から、本研究では乳がん患者の受診遅延を「主観的時間を含む受診に至るまでの意思決定プロセスにおいて客観的時間が延長した現象」と定義した(大城・神里, 2016b)。これまで、研究の多くは受診遅延を女性が乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの時間の延長として捉えており、その時間を生命予後に影響する 3 ヶ月以上と定義づけていた。また、患者は客観的時間に関係なく感覚により遅延したと捉えていた。

本研究では、第 3 章で明らかになった受診遅延の定義を踏まえ、客観的時間と主観的時間の両方の視点を視座に、乳がん患者の受診遅延を包括的に捉えた。

第２節　本研究における理論的モデル

本研究では、第 2 章で述べた 4 つのモデルのうち、Judgment to Delay モデル、症状評価の心理社会文化モデルを視座として研究を進める。以下に、モデルの本研究への適応について記述する。

１．Judgment to Delay モデル

本研究では、これまで先行研究で数多く活用されている Judgment to Delay モデル（以下、J-Delay モデル）を理論的視座とした（図 2)。J-Delay モデルは、心理社会学分野で発展し、人が意思を持って社会行動を実行するまでのプロセスをモデル化した Triandis モデル(Triandis, 1980)の考え方を Facione（1993b）らが健康行動に適応させ、開発したモデルである。

Triandis モデルは、Triandis によって、Lewin の動機付け理論を基盤に構成されたモデルである。「重要性の知覚」、行動に対する「価値の知覚」、社会規範などを含めた「社会的要因」、これまでの経験や学習を踏まえた「以前の健康習慣」、環境の中で実行可能かどうかを評価する「促進状況」、救援行動の「喚起」の概念から構成される。

Facione ら（1993b）は、乳がん患者の受診遅延に関する 3 つの質的研究を踏まえ、Triandis モデルが受診遅延に関する研究においても適応可能であることを示し、乳がん患者の受診遅延に関連する要因をモデル化した J-delay モデルを開発した（Facione, 2002)。J-Delay モデルは、「問題の認識」、「情動反応」、「健康習慣」、「信念」、「医療機関との距離」、「社会との関係性」の概念で構成され、最終的に「意思決定」を行い、救援行動を取るか、遅延するかの帰結に至る。

J-Delay モデルは、これまでに乳がん患者の受診遅延の経験（Manly-Lampkin, 2003）や受診遅延の関連要因を明らかにするいくつかの研究で用いられており(O'Mahony et al., 2011)、モデルの信頼性は確保されている。したがって、本研究の量的研究では J-Delay モデルを乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにするための質問紙作成の指針として活用する。また、質的研究では J-Delay モデルを視座として、乳がん患者における受診遅延の関連要素を抽出する。

２．症状評価の心理社会文化モデル（The Psycho-Socio-Cultural Model of Symptom Appraisal Model）

本研究では、J-Delay モデルを研究の中核となる視座とした。しかし、J-Delay モデルは米国で開発されたモデルである。本邦でモデルを活用するには、本邦の社会文化を考慮する必要がある（山口, 2003, p8-12）。

J-Delay モデルには社会文化を反映した概念として「社会との関係性」があり、受診遅延は社会と個の関係の中で生じると捉えられている。一方、アジアでは社会との調和の中で、身近な者と一緒になって受診を決定する傾向があり、「社会との関係性」に対する捉え方が米国とアジアで異なる（山口, 2003, p29-40）。この課題を補うため、本研究ではマレーシアで開発され、アジア文化圏で適応可能な症状評価の心理社会文化モデル(Taib et al., 2011)を視座として活用する。

症状評価の心理社会文化モデルでは、社会文化を大きな枠組みとして、症状評価から受診に至るまでのプロセスを詳細に示している。なかでも、「症状を開示し、ソーシャルサポートや他者の承認を得て受診に至る」までの一連のプロセスは、アジアの特徴を反映しており、重要概念として位置づけられている（図 3）。そこで、本研究では、アジア諸国の社会文化的背景について「ソーシャルサポート」、「症状開示」、「他者からの承認」の 3 つの視点をもって J-Delay モデルの「社会との関係性」の概念を捉える。

第３節　本章のまとめ

本研究では J-Delay モデルを研究の中核となるモデルとして位置づけ、量的研究では、乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにするための質問紙作成の指針として活用する。また、質的研究では、乳がん患者の受診遅延の関連要素を抽出する際の視座として活用する。

しかし、J-Delay モデルは米国で発展してきたモデルであり、本邦でモデルを活用するには、本邦の社会文化を考慮する必要がある。そこで、本研究では J-Delay モデルの「社会との関係性」の概念については、症状評価の心理社会文化モデルにおけるアジア文化圏の特徴である「ソーシャルサポート」、「症状開示」、「他者からの承認」の視点から捉え、女性乳がん患者に対する調査を実施する（図 4）。

第５章　研究デザイン

第１節　研究の構成

本研究は、受診遅延の関連要因について客観的時間の視点と主観的時間の視点で包括的に検討するという枠組みのもと、量的研究と質的研究の両者を合わせた混合研究法によって行う。Creswell は、データ収集の順序、データ統合の段階によって混合研究法を 6 つに類型化しているが、本研究では「並行的トライアンギュレーションデザイン」に基づく。この手法は、1 つの研究の中で結果を確認、相互評価、補強する目的で、2 つの異なる手法を用いるアプローチであり（Creswell, 2007）、一つの研究課題について包括的に分析を行うことができる。しかし、混合研究法はここ 10～20 年の間に用いられるようになった研究方法であり、認識論的な混同に関する指摘もある。つまり、質的方法と量的方法は、それぞれ存在論的に全く異なる前提に立っているにも関わらず、混合研究法により、認識論的に混同することに関する指摘である。しかし、19 世紀後半から 20 世紀初頭にかけて提唱された理論的多次元主義（プラグマティズム）は量的方法と質的方法の 2 つの違いが明確に認識され、それが結果の議論や解釈に反映されるなら 2 つの方法を用いることに問題はないという、哲学的根拠を提唱している（ブラウニーリィアムプットーン, 2010, p250-267）。本研究は、このようなプラグマティズムの哲学的視点に立ち、混合研究法を実施する。

本研究では、乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにすることを目的に、研究 1（量的研究）と研究 2（質的研究）を実施する。

量的研究は、母集団から抽出したサンプルについて研究を行うことによって、その母集団における傾向、態度、あるいは意見に関して、量的に、もしくは数値的に述べることができるという特徴を持つ。研究 1 では量的研究により、乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにし、集団としての傾向や特性を示す。乳がん患者を対象に自記式質問紙調査を実施し、乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの期間を生命予後に影響する客観的時間を軸とした 3 ヶ月をカットオフポイントとして、「遅延群」、「非遅延群」の比較を行う。

研究 2（質的研究）では、量的研究の変数では捉えきれない個別の状況、考え、背景などから受診の関連要素を抽出する。主観的時間軸に基づき、乳房の異常に気づいてから医療機関の受診までの期間について患者自身が遅くなったと認識している事象を「遅延」、すぐに受診したと認識している事象を「非遅延」と定義し、遅延群と非遅延群の比較により、受診遅延の関連要素を抽出する。

最終的に、量的・質的データを J-Delay モデルの 6 つの概念に即して統合し、本研究の目的である乳がん患者の受診遅延の関連要因を包括的に明らかにする。

以上、本研究の構成をまとめると、図 5 のとおりになる。

第２節　用語の操作的定義

本研究で使用する用語を以下のように定義する。

１．乳がん

乳がんとは、医師やマンモグラフィーにより変化が確認された乳房の悪性腫瘍をさす。

２．乳がんの症状

乳がんの症状とは、乳房のしこりや炎症、腫脹、発赤、熱感、えくぼ形成、創傷、乳首の変形などの兆候をさす（国立がんセンターがん対策情報センター, 2016)。

３．乳房の異常に気づく

乳房の異常に気づくとは、患者が、乳がんに特徴的な症状に気づき、通常の乳房の状態と何か違っていると自覚した事象をさす。

４．乳がん患者の受診遅延

受診遅延とは、主観的時間を含む受診に至るまでの意思決定プロセスにおいて客観的時間が延長した現象をさす(大城・神里, 2016b)。

第６章　【研究１】乳がん患者の受診遅延の関連要因に関する量的研究

第１節　目的

本研究の目的は、女性乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにすることである。

第２節　方法

１．研究デザイン

本研究は、自記式質問紙調査を用いた横断的仮説検証型研究である。なお、本邦において受診遅延に関するデータの蓄積が十分になされていない状況にあるため、本研究は探索的局面としての位置づけで研究を実施した。

２．概念枠組み

本研究では、第 4 章で示した理論的視座に基づき、乳がん患者の受診行動に関連する要因をモデルで示した J-Delay モデル(Facione et al., 2002)を基盤に枠組みを構成した。J-Delay モデルは「問題の認識」、「情動反応」、「健康習慣」、「信念」、「医療機関との距離」、「社会との関係性」の 6 つの概念から構成される。但し、J-Delay モデルは、米国を中心に発展したモデルであるため、本邦でのモデルの活用に際して、文化的背景を考慮する必要がある（山口, 2003, p8-12)。そこで、本研究では J-Delay モデルの構成概念である「社会との関係性」に、アジア文化圏で開発された症状評価の心理社会的文化モデルの「ソーシャルサポート」、「症状開示」、「他者からの承認」の視座を加え、乳がん患者の受診遅延の関連要因を検証した（図 4)。

３．用語の定義

乳房の異常に気づいてから 3 ヶ月以上の受診の遅延は、乳がんの 5 年生存率に有意に影響することから(Richards et al., 1999)、研究 1 では遅延群と非遅延群のカットオフポイントを 3 ヶ月と設定した。そして、遅延を「患者が乳房の異常に気付いてから医療機関を受診するまでの期間が 3 ヶ月以上」、非遅延を「患者が乳房の異常に気付いてから医療機関を受診するまでの期間が 3 ヶ月未満」と定義した。

４．研究仮説

研究目的を明らかにするために、概念枠組みに基づき、9 つの仮説を設定した。

仮説 1：女性乳がん患者における受診遅延者は、全体の 20～30%を占める。

仮説 2：基本的属性など（年齢、就労状況、年間収入、生命保険加入の有無、最終学歴、婚姻状況、家族構成、身近な人の乳がん経験の有無、居住地）について、遅延群・非遅延群を比較したとき、有意に違いがみられる。

仮説 3：女性乳がん患者が乳房の異常に気付いた際の問題に対する認識について、遅延群・非遅延群を比較したとき、有意に違いがみられる。

補助的仮説 3-1　女性乳がん患者が乳房の異常に気づいたきっかけについて、遅延群・非遅延群を比較したとき、遅延群は非遅延群に比べて「自分」で症状に気づいた者の割合が有意に高い。

補助的仮説 3-2　女性乳がん患者が最初に気づいた症状について、遅延群・非遅延群を比較したとき、遅延群は非遅延群に比べて、しこり以外の症状が出現した者の割合が有意に高い。

補助的仮説 3-3　遅延群は非遅延群に比べて、乳がんを疑った者の割合が有意に低い。

補助的仮説 3-4　女性乳がん患者の受診に至るまでの時間の認識について、遅延群・非遅延群を比較したとき、遅延群は非遅延群に比べて、「遅延した」と認識している者の割合が有意に高い。

補助的仮説 3-5　遅延群は非遅延群に比べて、ヘルスリテラシーが有意に低い。

仮説 4：女性乳がん患者が乳房の異常に気づいた際の情動反応について、遅延群・非遅延群を比較したとき、有意に違いがみられる。

補助的仮説 4-1　遅延群は非遅延群に比べて、恐怖の程度が有意に高い。

補助的仮説 4-2　遅延群は非遅延群に比べて、不安の程度が有意に高い。

仮説 5：女性乳がん患者の日頃の保健行動について、遅延群・非遅延群を比較したとき、有意に違いがみられる。

補助的仮説 5-1　遅延群は非遅延群に比べて、定期的に乳がん検診を受診している者の割合が有意に高い。

補助的仮説 5-2　遅延群は非遅延群に比べて、定期的に子宮がん検診を受診している者の割合が有意に高い。

補助的仮説 5-3　遅延群は非遅延群に比べて、他疾患で通院していない者の割合が有意に高い。

補助的仮説 5-4　遅延群は非遅延群に比べて、民間療法を利用している者の割合が有意に高い。

仮説 6：女性乳がん患者の受診に対する考え方や行動選択の傾向について、遅延群・非遅延群を比較したとき、有意に違いがみられる。

補助的仮説 6-1　遅延群は非遅延群に比べて、J-Delay 尺度の総得点が有意に高く、遅延しやすい考え方や行動選択をしている。

仮説 7：医療機関との距離について、遅延群・非遅延群を比較したとき、遅延群は非遅延群に比べて、有意に医療機関と距離がある。

補助的仮説 7-1　遅延群は非遅延群に比べて、「病院の予約を取ることが難しい」と感じている者の割合が有意に高い。

補助的仮説 7-2　遅延群は非遅延群に比べて、「病院に行くまでの交通手段を得ることが難しい」と感じている者の割合が有意に高い。

補助的仮説 7-3　遅延群は非遅延群に比べて、「忙しすぎて病院に行く時間がない」と感じている者の割合が有意に高い。

補助的仮説 7-4　遅延群は非遅延群に比べて、「どこの病院に行けばいいか迷う」と感じている者の割合が有意に高い。

補助的仮説 7-5　遅延群は非遅延群に比べて、「病院に行くことをためらう」と感じている者の割合が有意に高い。

補助的仮説 7-6　遅延群は非遅延群に比べて、「病院に行くことは恐ろしい」と感じている者の割合が有意に高い。

補助的仮説 7-7　遅延群は非遅延群に比べて、「医師の手間を取らせてはいけない」と感じている者の割合が有意に高い。

補助的仮説 7-8　遅延群は非遅延群に比べて、「医師と話しをすることが難しい」と感じている者の割合が有意に高い。

補助的仮説 7-9　遅延群は非遅延群に比べて、「医師が何か異常を見つけるかもしれないと思うと病院に行く気がしない」と感じている者の割合が有意に高い。

補助的仮説 7-10　遅延群は非遅延群に比べて、「医師に自分の症状について話しをする自信がない」と感じている者の割合が有意に高い。

仮説 8：女性乳がん患者のソーシャルサポート状況について、遅延群・非遅延群を比較したとき、有意に違いが見られる。

補助的仮説 8-1　遅延群は非遅延群に比べて、誰にも相談をしなかった者の割合が有意に高い。

補助的仮説 8-2　遅延群は非遅延群に比べて、簡易版家族生活力量アセスメントスケールの総得点が有意に低く、家族で健康問題を解決しようとする力が低い。

仮説 9：遅延群・非遅延群の受診のきっかけについて、遅延群・非遅延群を比較したとき、有意に違いが見られる。

５．研究対象者

本研究を実施するにあたり、研究に必要な研究対象者数について、公衆衛生学者 3 人からのコンサルトを受けて検討した。その結果、質問紙の属性項目数と説明変数から、必要な研究対象者数を決定し（Stephen et al, 1997/2010, p532）、本研究では 220 人以上を目標とした。また、本研究では一般的な受診遅延の実情を明らかにするために、調査協力施設の選

定に際し、沖縄県において乳がん治療のカバー率が高い病院であること、特定の地域に偏らないことを選定条件として設定し、乳腺外科で勤務する看護師からの意見を踏まえた上で、南部地域（C 病院）、中部地域（D 病院）にある 2 施設を有意抽出した。

そして、この 2 施設の乳腺外科外来に 2016 年 2 月 10 日～5 月 9 日の間に来院した女性乳がん患者で、以下の基準を満たす者を対象とした。適格基準は、①患者が成人であること、②乳がんの診断・告知を受けてから 3 ヶ月以上 5 年未満であることである。この期間については、患者の精神的負担および時間の経過による記憶の精度を考慮し、基準として設定した。除外基準として、主治医または看護師が精神状態、認知機能、コミュニケーションに障害があると判断した者は対象から除外した。

調査期間中に乳腺外科外来に受診し、選定条件に合致した 291 人のうち、同意の得られた 256 人を分析対象とした。選定基準に合致したが調査に協力できなかった者は 35 人であり、その内訳は「身体的負担 7 人」、「時間的負担 3 人」、「精神的負担 3 人」、「面倒である 2 人」、「プライバシーを知られたくない 1 人」、「不明 19 人」という理由であった。回収率、有効回答率はともに 100%であった。なお、C 病院の乳腺外科には初診・再診を含めて 1 日平均 100 人、D 病院には 1 日平均 70 人の乳がん患者が来院する。

６．データ収集方法

施設の外来担当看護師から選定基準に合致した者を候補者として紹介を受けた。研究者より対象候補者に調査を依頼し、同意の得られた対象者に質問紙を手渡しで配布した。質問紙への記入は、診察の待ち時間に実施してもらい、回答終了後に研究者が直接その場で回収した。

７．質問紙の構成

質問紙は、フォーセット看護理論の考え方に基づき(Jacqueline F, 1993/ 2008)、J-Delay モデルの各概念について抽象度を具体化し、質問項目を設定した。まず、文献検討から明らかになった受診遅延に関連する要因を変数にして質問紙のアウトラインを設定した。次に変数から質問項目を設定した（図 6)。なお、変数から質問項目に絞り込む作業については、国外の既存の尺度や質問項目が本邦に見合わず、全て独自で作成する必要があったため、2 回の予備的調査と面接調査を実施し、質問項目を精選した（表 1)。

１）予備的調査１

沖縄県南部にある A 公立総合病院の乳腺外科外来に通院中の診断・告知後 3 ヶ月から 5 年未満の女性乳がん患者 16 人を対象に、無記名の自記式質問紙調査を実施した(大城・神里, 2016a)。調査期間は、2015 年 9 月 7 日～14 日であった。

先行研究で示された受診遅延の関連要因について既存尺度を中心に 91 項目の質問項目を設定した。従属変数として、患者が乳房の異常を自覚した時期から初めて乳腺外科を受診した日までの期間を「3 ヶ月未満」、「3 ヶ月以上」で尋ね、受診遅延の関連要因を探るため統計学的手法を用いて分析を行った。また、自由記載の欄を設け、質問項目の課題を抽出する

視点で分析を行った。

その結果、受診遅延と年齢や日頃の健康習慣など、一部の質問項目との関連が明らかになった。しかし、自由記載によるコメントを含めて検討したところ、対象者から質問項目が自分達の実情に見合わないとの意見が寄せられた。そこで、受診遅延の現象を高い精度で測定するためには、患者に面接調査を実施し、患者の実情を反映した質問紙へ改訂する必要があるという課題が明らかになった。

２）予備的調査２

予備調査１で明らかになった課題を踏まえ、乳がん患者に面接調査を実施し（Oshiro & Kamizato, in press）、質問紙を改訂した（図 6）。

改訂のポイントは 2 つある。1 つ目は、受診遅延の実質を反映した質問項目への改訂である。例えば、「社会との関係性」の概念についてみると、予備的調査１ではソーシャルネットワークの広さに着目し「情緒的支援ネットワーク尺度（宗像, 1996）」を用いて評価した。しかし、面接調査から、サポートの大きさよりも、一緒に病気に向き合える人の存在など、サポートの深さが受診に際して重要であることが示された。よって、予備的調査 2 ではソーシャルサポートを「相談の有無」と「簡易版家族生活力量アセスメントスケール」を用いて測定した。このようなプロセスを経て J-Delay モデルの各概念を質問項目に絞り込んだ。

2 つ目は、予備的調査１で質問項目数が多いという課題が挙がったため、高齢者でも 20 分以内で回答できるように質問項目の絞り込みを行った。予備調査 1 では 91 項目あった質問項目が予備調査 2 では 64 項目にまでに絞り込めたのは、面接調査の実施により受診遅延の実質を明らかにすることが出来たことによる。

このようなプロセスを経て改訂した質問紙を用いて、予備的調査 2 を実施した(大城・神里, in press)。調査場所は、沖縄県中部にある B 公立総合病院であり、調査対象は乳腺外科外来に通院中の診断・告知後 3 ヶ月から 5 年未満の女性乳がん患者 22 人とした。調査期間は 2015 年 11 月 24 日～12 月 2 日であった。結果、遅延群と非遅延群の比較から、遅延群の特徴的な傾向が認められ、本邦の実情を反映した質問紙へ改訂されたことが確認出来た。

８．質問項目

質問紙は 64 項目から構成され、調査の回答に要した時間は、15～20 分であった。

患者が乳房の異常に気づいた時点から初めて乳腺外科を受診した日までの期間について「3 ヶ月未満」、「3 ヶ月以上」で尋ねた。「3 ヶ月未満」と回答した者を「非遅延群」、「3 ヶ月以上」と回答した者を「遅延群」とした。

分析した項目は表 2 の通りである。

１）基本属性

年齢、就業状況、世帯の年間収入、生命保険の加入状況、最終学歴、婚姻状況、家族構成、身近な乳がん経験者の有無、居住地、病期について尋ねた。

2）問題の認識

乳房の異常に気付いたきっかけについて「自分」、「乳がん検診」、「その他の検査」の 3 肢から単一回答を得た。また、最初に出現した症状について「しこり」、「しこり以外の症状」、「症状はなかった」の 3 肢から単一回答を得た。さらに、乳房の異常に気づいた際に、乳がんを疑ったか否かについて「疑った」、「半信半疑」、「疑わなかった」の 3 肢から単一回答を得た。その他、受診に至るまでの時間の認識について「すぐに受診した」、「まあすぐに受診した」、「少し遅れた」、「とても遅れた」の 4 肢から単一回答を得た。

健康情報を理解し、活用するための知識を評価するために、ヘルスリテラシー尺度を用いた(Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008; 石川, 2011)。ヘルスリテラシー尺度は、機能的リテラシー、批判的リテラシー、伝達的リテラシーの 3 つの下位尺度から構成される。今回、自記式質問紙での調査を実施したため、読み書きを評価する機能的リテラシーを除いた、伝達的リテラシー（4 項目）と批判的リテラシー（5 項目）のみについて回答を得た。伝達的リテラシーとは、情報を伝える能力をさし、批判的リテラシーとは自分に必要な情報を批判的に吟味して活用できる能力をさす。「1 点：全くそう思わない」から「4 点：とてもそう思う」の 4 件法で回答を得た。得点が高い程、ヘルスリテラシーが高いと評価する。なお、適切なヘルスリテラシーは環境や文脈によって異なると考えられており、本尺度には絶対的なカットオフ値は設定されていない。また、先行研究では、中央値でリテラシーを高群・低群の 2 群に分類し比較していることから、本研究においても中央値をカットオフポイントに設定し、相対的にリテラシーが高い高群・低い低群に分類し、分析を行った。尺度の使用については原作者に許諾を得た。また、本尺度は、慢性疾患患者を対象に作成された尺度である。本研究の実施に際して、本尺度の乳がん患者への適応について、原作者に相談をした。その結果、一部の文言を修正したうえで適応可能であろうとのコメントを受け、本研究で使用するに至った。

3）情動反応

乳房の異常に気づいた時に感じた恐怖について「1 点：非常にこわかった」から「7 点：全くこわくなかった」までの 7 件法で回答を得た。

同様に、不安についても「1 点：非常に不安だった」から「7 点：全く不安でなかった」までの 7 件法で回答を得た。

4）日頃の保健行動

がん検診（乳がん・子宮がん）の受診状況、他疾患での通院の有無、民間療法利用の有無について尋ねた。

5）受診に対する信念

女性乳がん患者の乳房の異常に対する考え方や行動選択の傾向を測定するために、日本語版 Judgement to delay Scale（以下 日本語版 J-Delay 尺度）を用いた。

日本語版 J-Delay 尺度の質問項目は、「病院へ受診することを一番の優先順位にした」、「大事なことをキャンセルしてでも、受診を優先した」、といった優先事項との兼ね合いにおける判断や、「悪いことは考えたくなかったので乳房の異常について放っておいた」、「乳房の異常についてできるだけ考えないように努めた」など受診遅延に至りやすい考え方・行動の傾向を測定する。

回答は「はい」、「いいえ」で尋ね、合計得点を算出した。得点が高い程、遅延しやすい信念や判断・行動特性であると解釈される。

なお、日本語版 J-Delay 尺度は、筆者が日本語版尺度の作成手順に準じて(岡谷・河口, 1996)、原作版（Facione, 2002）を改訂した尺度である。改訂箇所は次の 2 点である。

①質問紙を構成するにあたり実施した面接調査を踏まえ、質問紙の一部について、追加・修正を行った。本邦と欧米の文化的差異を踏まえ、1 項目について「神から見捨てられたと思う」から「できるだけ受診はせずに自然の流れに身を任せたかった」へ修正した。また、面接調査から抽出された受診遅延者の特徴的な考え方である「考えることや行動することが面倒だと思った」、「周りの人に迷惑をかけると思い、受診をためらった」の 2 項目を追加し、計 17 項目で構成した。

②原作版は、一般の者を対象に受診遅延のリスクを測定するが、筆者は乳がん患者を対象に遅延・非遅延と信念や判断・行動との関連を測定する。よって、乳がん患者が自分の状況をイメージしながら回答できるように質問項目の表現と時制について修正した。

尺度の使用と日本語版へ改訂することについては原作者から許諾を得た。

日本語版尺度の妥当性については、質問項目の修正過程で乳がん患者、乳がん医療に携わる看護師、研究者と検討を行った。原作版との内容的な整合性については、原文を伏せたうえで職業翻訳家 2 人によるバックトランスレーションを行い、各項目の適切性について原作者の確認を得た。日本語版の Cronbach's α係数は 0.91 であり、高い内的整合性を有した。

６）医療機関との距離

乳がんの知識を向上するために開発されたモジュールの中から、医療機関との距離を測定するツール（領域 4）を用いて、医療機関との物理的距離、心理的距離について評価した。使用したツールは、英国で開発されたものであるため、開発者の許可を得た上で、筆者らが日本語に翻訳をして使用した（Cancer Research UK, 2009）。ツールは「病院に行って医師に診てもらうのは、とても躊躇する」など 9 項目で構成される。なお、ツールの使用に関して、乳がん患者会のメンバーと検討した結果、「どこの病院に行けば良いか迷う」の項目を追加した方が良いとの意見が多数のメンバーから挙げられたため、本研究では 1 項目を追加し、全 10 項目で医療機関との距離について検討した。「とてもそう思う」、「そう思う」、「そう思わない」の 3 肢から単一回答を得た。

なお、予備的調査と本研究における本ツールの Cronbach's α係数が 0.51 と低値であっ

たため、本調査では質問項目毎に「遅延群」、「非遅延群」の比較を行った。

7）社会との関係性

他者への症状開示の状況を明らかにするために、他者への相談の有無や、相談相手などについて尋ねた。

また、事前に実施した面接調査から受診に際して「家族の関係性」が重要な要素であることが明らかになった。そこで、本研究では簡易版家族生活力量アセスメントスケール（家族ケア研究会, 2002）の「健康問題対処力（1 領域、5 項目）」を用いて健康問題が生じた際の家族で問題を解決しようとする力を評価した。スケールの使用については原作者に許諾を得た。

なお、質問項目の一部の表現について、乳がん患者の置かれている実情をより反映するように、原作者に許諾を得たうえで、乳がん患者の意見を踏まえて下記の通りに修正を加えた。①原作版の質問項目「率直な会話やコミュニケーションができている」を本研究では「病気について率直な会話やコミュニケーションができている」へ修正、②原作版の質問項目「家族員の欲求と家族全体の課題は、だいたい折り合いがついている」を本研究では「自分が求める支援と家族から得られる支援は、おおむね一致する」へ修正した。

回答は「1 点：はい」、「0 点：いいえ」で尋ね、合計得点を算出した。次に、アセスメントスケールの評価方法に従い（家族ケア研究会, 2002）、それぞれ「0 点：家族力量充足度 0%」、「1 点：家族力量充足度 20%」、「3 点：家族力量充足度 60%」、「4 点：家族力量充足度 80%」、「5 点：家族力量充足度 100%」を割り当てた。家族力量充足度が高いほど、家族で健康問題を解決しようとする力量が充足していると解釈する。本スケールの Cronbach's α係数は 0.86 であり、高い内的整合性を有した。

9．分析方法

記述統計、および受診遅延の関連要因を探るため、対象者を乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの期間で「遅延群」と「非遅延群」の 2 群に分け、単変量解析を実施した。検定方法は、名義データにはχ^2検定、または Fisher の正確確率検定を用いた。連続変数には、スチューデントの t 検定、または Mann-Whitney U 検定を用いた。

単変量解析の結果から年齢が遅延・非遅延と有意に関連することが明らかになったため、年齢を共変量として調整したロジスティック回帰分析を行い、各項目の遅延・非遅延への関連を検証した。また、単変量解析で有意差のあった 3 群以上の群間の比較には Bonferroni の多重比較を行った。

データ解析には統計パッケージ SPSS ver23.0 を使用し、有意水準はいずれも両側検定で 5%とした。

第３節　倫理的配慮

1．研究の対象となる者に理解を求め、同意を得る方法

外来担当看護師に対象候補者の紹介を受けた後、研究依頼の際に研究者が書面および口

頭で調査目的、方法、調査が当該施設での治療や看護と中立であり拒否や中断の権利があること、プライバシーの保護遵守について説明をし、書面で研究協力の同意を得た。

２．研究の対象とする個人の人権の擁護

１）対象者のプライバシーの確保

質問紙は無記名とし、研究成果の公表に際し、個人や施設が特定されるような情報は一切公開しない。調査で得られたデータは統計学的に処理し、電子ロックをかけたパーソナルコンピューターによって保管され、研究目的以外に使用されることはないこと、これらのデータは研究終了後、5 年程度厳重に保管した後、破棄することを説明文書および口頭で説明し、同意書に自署を得た。

２）心身への負担などへの配慮

研究協力は対象の自由意思によるものとした。対象は、研究について詳細な説明を受け、不明な点を質問し十分に理解したうえで協力するか否かを決定する権利を持つものとした。研究者の連絡先を説明文書に明示し、研究途中での中断、調査終了後の撤回およびデータの削除、自由に研究者に質問できるように配慮した。

対象者の負担を軽減するため、調査で用いる質問項目を精選し、回答時間が 20 分以内に収まるよう時間的制約を最小限にした。

研究の目的、手順、研究による利益・不利益とその対応など、そして参加拒否の権利があること、途中で中断できること、いつも研究者に質問できること、いずれの場合も治療上の不利益を受けることは一切ないことを説明文書および口頭で説明し、同意書に自署を得た。

３）結果の公表の仕方

研究成果は、学会発表や学術雑誌への投稿によって公表するが、その際には個人が特定されないことを説明文書および口頭で説明し、同意書に自署を得た。

回答終了後に謝礼として、対象者へ 500 円分の商品券を提供した。本研究における利益相反はない。本研究は、2015 年 7 月に沖縄県立看護大学倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号：15005）。

第４節　結果

本研究の分析を行うにあたって、2 施設の基本的属性やがん健診受診状況などの各項目、各尺度の比較を行った。診断時の病期を除いて、その他の特性に有意差はみられなかった（表 3、表 4）。

仮説１　受診遅延者の割合

全体のうち、遅延群は 23.8%（n=61）、非遅延群は 76.2%（n=195）であった（表 5）。また、遅延群が受診までに時間を要した理由について表 16 に示した。受診遅延の主な理由と

して、「何となく時間が過ぎた（40.7%）」、「仕事・子育て・介護などを優先した（37.3%）」、「時間なゆとりがなかった（22.0%）」の順で多かった。

仮説２　遅延群と非遅延群の基本的属性など

遅延群と非遅延群の基本的属性を表 5 に示した。遅延群の平均年齢は 55.7±11.1 歳、非遅延者は 59.1±11.5 歳であり、遅延群は非遅延群より有意に年齢が若かった（p=0.041）。よって、本研究では年齢を共変量として調整した上で、各項目の遅延・非遅延への関連を検証した。以下、年齢調整後の結果について述べる。

就労状況に関しては、遅延群・非遅延群で有意差を認めたが（p=0.011）、多重比較では有意差を認めなかった。しかし、「無職」の者は遅延群 57.4%、非遅延群 47.7%であり、遅延群において仕事に就いていない者の割合が高かった。

世帯の年間収入に関しては、遅延群・非遅延群で有意差を認めたが（p=0.012）、多重比較では有意差を認めなかった。しかし、世帯年収「300 万円未満」の者は遅延群 62.3%、非遅延群 52.8%であり、遅延群において世帯年収「300 万円未満」に属する者の割合が高かった。

最終学歴に関しては、遅延群・非遅延群で有意差を認めた（p=0.001）。また、多重比較において、「高校以下」と「専門学校・短期大学」（p=0.009）、「高校以下」と「大学・大学院」（p=0.002）で有意差を認め、遅延群は非遅延群に比べて、有意に学歴が低かった。

一方、生命保険の加入状況、婚姻状況、家族構成、身近な人の乳がん経験、居住地、病期において、両群で有意差は認めなかった。

対象者の医学的属性を表 6 に示した。病期に関しては、遅延群と非遅延群で有意差を認めた（p=0.002）。また、多重比較において、「0 期」と「Ⅲ・Ⅳ期」（p=0.001）、「Ⅰ期」と「Ⅲ・Ⅳ期」（p=0.001）で有意差を認め、遅延群は非遅延に比べて、診断時に乳がんのステージがⅢ・Ⅳの占める割合が高かった。

仮説３　遅延群・非遅延群の乳房の異常に気付いた際の問題に対する認識

遅延群と非遅延群の乳房の異常に気づいた際の問題に対する認識について表 7 に示した。

補助的仮説 3-1

乳房の異常に気づいたきっかけに関しては、遅延群では「自分」と回答した者が 73.8%、非遅延群では「乳がん検診」と回答した者が 47.7％を占め、2 群間で有意差を認めた（p=0.010）。また、多重比較において、乳房の異常に気付いたきっかけが「自分」と回答した群と「乳がん検診」と回答した群で有意差を認めた（p=0.002）。

補助的仮説 3-2

最初に気づいた症状に関しては、遅延群では「しこり」と回答した者が 62.3%、非遅延群では「症状はなかった」と回答した者が 41.5%を占め、2 群間で有意差を認めた（p=0.004）。また、多重比較において、最初の症状が「しこり」であった群と「症状はなかった」と回答した群で有意差を認めた（p=0.008）。

補助的仮説 3-3

乳房の異常に気づいた際、乳がんを疑ったか否かに関しては、遅延群・非遅延群で有意差を認めず、ともに約 7 割の者が乳がんを疑ったと回答した（p=0.65）。

補助的仮説 3-4

受診に至るまでの時間の認識に関しては、遅延群では「少し遅くなった」と回答した者が 41.0%、非遅延群では「すぐに受診した」と回答した者が 83.6%を占め、2 群間で有意差を認めた（p<0.001）。また、多重比較において、「すぐに受診した」と「少し遅くなった」（p<0.001）、「すぐに受診した」と「とても遅くなった」（p<0.001）、「まあすぐに受診した」と「少し遅くなった」（p<0.001）、「まあすぐに受診した」と「とても遅くなった」（p<0.001）で有意差を認めた。

補助的仮説 3-5

伝達的リテラシー、批判的リテラシーに関しては、遅延群・非遅延群の比較では有意差を認めなかった（p=0.12，p=0.81）。

仮説 4　遅延群・非遅延群の乳房の異常に気付いた際の情動反応

遅延群と非遅延群の乳房の異常に気づいた際の情動反応について表 8 に示した。

補助的仮説 4-1

乳房の異常に気づいた際の恐怖の程度に関しては、遅延群・非遅延群で有意差を認めず、ともに恐怖を感じたと回答していた（p=0.36）。

補助的仮説 4-2

乳房の異常に気づいた際の不安の程度に関しては、遅延群・非遅延群で有意差を認めず、ともに不安を感じたと回答していた（p=0.84）。

仮説 5　遅延群・非遅延群の保健行動

遅延群と非遅延群の保健行動について表 9 に示した。

補助的仮説 5-1

乳がん検診に関しては、遅延群では「全く受けていない」と回答した者が 45.0%、非遅延群では「年に 1 回」と回答した者が 55.4%を占め、2 群間で有意差を認めた（p<0.001）。また、多重比較において、乳がん検診を「定期的に受けている」と「数年受けていない」（p<0.001）、「全く受けていない」と「数年受けていない」者（p=0.017）で有意差を認めた。

補助的仮説 5-2

子宮がん検診の受診状況に関しては、遅延では「全く受けていない」と回答した者が 33.3%、非遅延群では「2 年に 1～2 回」と回答した者が 62.6%を占め、2 群間で有意差を認めた（p<0.001）。また、多重比較において、子宮がん検診を「定期的に受けている」者と「数年受けていない」者（p<0.001）、「全く受けていない」者と「数年受けていない」者（p=0.016）で有意差を認めた。

補助的仮説 5-3

他疾患での通院の有無に関しては、他疾患で通院をしていない者が遅延群の 70.0%、非遅

延群では 60.5%を占め、2 群間で有意差は認めなかった（p=0.71）。

補助的仮説 5-4

民間療法の利用状況に関しては、民間療法を利用していない者が遅延群では 88.3%、非遅延群では 86.7%を占め、2 群間で有意差は認めなかった（p=0.79）。

仮説 6　受診に対する信念

補助的仮説 6-1

女性乳がん患者の乳房の異常に気づいた際の受診に対する考え方や行動選択の傾向を測定した日本語版 J-delay 尺度について表 10 に示した。その結果、日本語版 J-delay 尺度の合計得点は、遅延群が非遅延群より有意に高く、遅延群は遅延しやすい考え方や行動選択の傾向にあることが示された（p<0.001）。

日本語版 J-delay 尺度を項目別にみると、全 17 項目中、14 項目で有意差を認め、遅延群は非遅延群よりも有意に「悪いことは考えたくなかったので乳房の異常について放っておいた（p<0.001）」、「乳房の異常について何でもないと思った（p=0.013）」、「できるだけ病院には受診をしたくないと思った（p<0.001）」、「すぐに受診をする必要があるとは思いもしなかった（p<0.001）」、「周りの人に迷惑をかけると思い、受診をためらった（p<0.001）」などと考える傾向にあった。

仮説 7　遅延群・非遅延群の医療機関との距離

遅延群・非遅延群の医療機関との距離について表 11 に示した。

補助的仮説 7-1

病院の予約を取ることへの困難感についてみると、遅延群・非遅延群で有意差を認めず、ともに難しいとは思わないと回答した者が約 8 割を占めた（p=0.24）。

補助的仮説 7-2

病院に行くまでの交通手段を得ることへの困難感は、遅延群・非遅延群で有意差を認めたが（p=0.004）、多重比較では有意差を認めなかった。しかし、病院に行くまでの交通手段を得ることが難しいかという質問に対して「そう思う」と回答した者は、遅延群の 15.0%、非遅延群の 5.6%を占め、遅延群において交通手段を得ることへの困難感を感じている傾向が示された。

また、居住地と病院に行くまでの交通手段を得ることへの困難感の関連についてみると、交通手段を得ることが難しいと回答した者は離島に居住する者の 44.4%、沖縄本島に居する者の 7.7%を占め、離島居住者と本島居住者の 2 群間で有意差を認めた（p=0.005）。

補助的仮説 7-3

病院を受診するための時間を確保することへの困難感について「とてもそう思う」と回答した者は、遅延群の 15.0%、非遅延群の 2.1%を占め、2 群間で有意差を認めた（p=0.002）。また、多重比較において、「とてもそう思う」と「そう思う」（p=0.004）、「とてもそう思う」と「そう思わない」者（p<0.001）で有意差を認めた。

補助的仮説 7-4

病院を選択することへの困難感について、「とてもそう思う」と回答した者は、遅延群の11.7%、非遅延群の8.2%を占め、2群間で有意差を認めた（p=0.019）。また、多重比較において、「そう思う」と「そう思わない」者（p=0.015）で有意差を認めた。

補助的仮説 7-5

病院受診への躊躇について、「とてもそう思う」と回答した者は、遅延群の11.7%、非遅延群の3.6%を占め、2群間で有意差を認めた（p<0.001）。また、多重比較において、「とてもそう思う」と「そう思わない」者（p=0.004）、「そう思う」と「そう思わない」者（p<0.001）で有意差を認めた。

補助的仮説 7-6

病院受診への恐怖に関しては、遅延群・非遅延群で有意差を認めたが（p=0.004）、多重比較では有意差を認めなかった。しかし、病院に行くことは恐ろしいと「とてもそう思う」、「そう思う」と回答した者は、遅延群33.3%、非遅延群16.0%であり、遅延群において病院受診への恐怖を感じている者の割合が高い傾向があった。

補助的仮説 7-7

診察に際して医師の手間を取らせてはいけないと考える者の割合は、遅延群・非遅延群で有意差を認めず、ともに「そう思わない」と回答した者が約8割を占めた（p=0.58）。

補助的仮説 7-8

医師とコミュニケーションを取ることへの困難感に関しては、「そう思う」と回答した者は遅延群の15.0%、非遅延群では5.1%を占め、2群間で有意差を認めた（p=0.017）。また、多重比較において、「そう思う」と「そう思わない」者（p=0.041）で有意差を認めた。

補助的仮説 7-9

医師が異常を見つけるかもしれないという不安感に関しては、「そう思う」と回答した者は遅延群の18.3%、非遅延群の6.2%を占め、2群間で有意差を認めた（p<0.001）。また、多重比較において、「とてもそう思う」と「そう思わない」（p=0.008）、「そう思う」と「そう思わない」者（p=0.009）で有意差を認めた。

補助的仮説 7-10

医師に自分の症状を伝えることへの困難感に関しては、「そう思う」と回答した者は、遅延群の8.3%、非遅延群の5.1%を占め、2群間で有意差を認めなかった（p=0.23）。

仮説８　遅延群・非遅延群のソーシャルサポート状況

補助的仮説 8-1

・乳房の異常に気づいた際の相談の有無

遅延群・非遅延群と相談の有無との関連について表12に示した。

遅延群は非遅延群に比べて、受診に至るまでに誰にも相談をしなかったと回答した者は、遅延群の33.3%、非遅延群の18.5%を占め、遅延群において誰にも相談をしなかった者の占める割合が有意に高かった（p=0.011）。

そこで、相談の有無と恐怖や不安の程度との関連について検討した。その結果、「恐怖（p=0.012）」や「不安（p=0.030）」の程度が高い者は有意に誰にも相談しなかったと回答

していた。

さらに、相談の有無と健康問題が生じた際の家族で問題を解決しようとする力量との関連について検討した。その結果、簡易版家族生活力量アセスメントスケールの合計得点が低い、いわゆる家族力量の低い者は、誰にも相談しなかった者の割合が有意に高かった（p=0.007）。

・乳房の異常に気づいた際の相談相手

乳房の異常に気づいた際に「相談した」と回答した者の相談相手について表 13 に示した。

遅延群は非遅延群に比べて「友人・知人」に相談したと回答した者の割合が有意に高く（p=0.006）、「家族（配偶者含む）」に相談したと回答した者の割合が有意に低かった（p=0.006）。

・乳房の異常に気づいた際に相談をしなかった理由

乳房の異常に気づいた際に「相談しなかった」と回答した者の主な理由について表 14 に示した。なお、相談の有無と各理由について比較を行ったが、有意差は認めなかった。

誰にも相談をしなかった主な理由として、遅延群・非遅延群ともに「家族に心配をかけたくない」、「周りに心配されると不安になる」の順で多かった。なお、「相談相手がいなかった」と回答した者は、遅延群の 15.0%を占めた。

補助的仮説 8-2

遅延群・非遅延群の健康問題が生じた際の家族で問題を解決しようとする力を測定する簡易版家族生活力量アセスメントスケールの結果を表 15 に示した。その結果、簡易版家族生活力量アセスメントスケールの合計得点は、遅延群は非遅延群に比べて低かった（p=0.004）。

簡易版家族生活力量アセスメントスケールを項目別にみると、全 5 項目中、4 項目で有意差を認め、遅延群は非遅延群に比べて「家族の誰かが困っていても、お互いに助け合おうとしない（p=0.001）」、「自分が求める支援と家族から得られる支援は、おおむね一致しない（p=0.005）」、「家族の意見はまとまりにくい（p=0.03）」、「家族は、それぞれ自立しており、お互いを尊重していない（p=0.005）」と回答した者の割合が有意に高かった。

仮説 9．遅延群・非遅延群の受診のきっかけ

遅延群・非遅延群の受診のきっかけの関連について表 17 に示した。

遅延群は非遅延群に比べて「症状の出現（p=0.02）」や「症状の悪化（p<0.001）」をきっかけに受診に至った者の占める割合が有意に高かった。

一方で、非遅延群は遅延群に比べて「自分の意思で行動した」と回答した者の占める割合が有意に高かった（p=0.009）。

第 5 節　考察

本研究の目的は、女性乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにすることであった。本研究では遅延群と非遅延群を比較することで、遅延群における特徴的な関連要因を明らかにした。以下、本研究で明らかになった知見について考察する。

１．2 施設間の比較

本研究において対象者が 2 施設にまたがっているが、両施設とも沖縄県に位置している乳腺外科であることや、表 3 で示したすべての基本的属性において 2 施設間に有意な差がみられなかったことにより、ほぼ同じような背景をもつ患者集団であると考えられる。医学的属性においては病期で有意差を認めたが（表 4)、A 病院では 0 期、B 病院では I 期が多いという違いであり、対象集団による相違は少ないと考えられる。また、患者の受診に対する考え方・行動を測定した日本語版 J-Delay 尺度やその他の独立変数においても 2 施設間に有意な差がみられなかったことから、2 施設のデータを統合した分析を行った。

２．遅延群の割合

本研究において、乳房の異常に気づいてから受診までに 3 ヶ月以上の時間を要した遅延群の割合は全体の 23.8%を占めた。沖縄県内の他施設で実施した予備調査においても遅延群の割合は、それぞれ 31.3% (大城・神里, 2016)、40.9%であり、諸外国における先行研究の結果(Facione, 1993a)と同様に、本邦においても乳がん患者の受診遅延者は全体の約 3 割を占めるという結果を示すことができた（表 5)。

３．受診遅延の理由

これまでに乳がん患者の受診遅延の理由を尋ねた研究はわずかにすぎない。英国の先行研究では、乳がん患者の受診遅延の理由について半数以上が「出現した症状について深刻ではないと思った」と回答したことが報告されている(Nosarti et al., 2000)。本研究では、「何となく時間が過ぎた」、「仕事・子育て・介護などを優先した」、「時間的なゆとりがなかった」、「金銭的なゆとりがなかった」と日常生活状況に関連した理由が上位を占めた（表 16)。沖縄県保健医療計画（2014）によると、女性ががん検診を受けない理由として「受診の必要性を感じない」、「受診する時間がない」、「受診するための費用が問題」の順で多く、本研究と一致した結果であった。以上のことから、本邦における遅延の理由は英国の個々の判断による理由とは異なり、女性を取り巻く環境の影響が大きいのではないかと推察された。

４．遅延群・非遅延群の基本的属性

遅延群と非遅延群との比較において、本研究で有意差が認められた基本的属性の項目は、「年齢」、「就労状況」、「世帯の年間収入」、「最終学歴」であった。

受診遅延と年齢の関連についてみると、これまで複数の先行研究で高齢者において遅延しやすいことが報告されている(Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2009) Bish et al., 2005; Arndt et al., 2002; Khakbazan, Taghipour, Latifnejad Roudsari, et al., 2014)。その理由として、高齢者は「症状に気づきにくい」、「運命論者が多い」、「リテラシーが低い」ためではないかと考えられている。しかし、本研究では、年齢が若い程、有意に受診が遅延するという結果が得られた。年代別内訳についてみると、特に 30 代、40 代、50 代で遅延群の占める割合が高い傾向にあった。また、受診遅延の理由についてみると、「仕事・子育て・

介護などを優先した」、「時間的なゆとりがなかった」と回答した者が多かったことから（表16）、本研究により、多様な役割を抱えた若い年代において受診が遅延しやすいという沖縄県の特徴ではないかと考える。

また、本研究において、遅延群は非遅延群に比べて、無職で世帯の年間収入が 300 万円未満の者が多く、学歴が低いという結果が得られた。これまでに実施した 2 回の予備的調査(大城 ・神里, 2016a)においても、遅延群は世帯年収が 300 万円未満の者が多いという同様の結果を得ている。全国の一人当たりの平均所得が平均 291 万円であるのに対して、研究を実施した沖縄県の平均所得は 210 万円（沖縄県企画部統計課, 2016）と県全体の所得水準が低いという状況を考えると、沖縄県で受診遅延の問題を検討する際には、低所得との関連にも注意を向ける必要があると考える。

なお、本研究において、婚姻状況と遅延・非遅延との関連は認めなかった。イランで実施された研究では、未亡人、離婚者はサポート状況が乏しくなるために、受診遅延のリスクが高まることが報告されている(Montazeri et al., 2003)。しかし、これまでの研究において婚姻状況と受診遅延の関連について一定の結果は得られていないため、国の社会文化的特性も踏まえ、更なる検討が必要である。

５．遅延群・非遅延群の医学的属性

本研究では、乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの期間について 3 ヶ月をカットオフポイントとし、遅延群・非遅延群に分類した。そして、診断時の病期と遅延群・非遅延群の関連について検討した。その結果、乳房の異常に気づいてから 3 ヶ月以上が経過して受診に至った遅延群は、3 ヶ月未満で受診した非遅延群に比べて、Ⅲ期・Ⅳ期の占める割合が高く、イラン（Montazeri et al., 2003）や英国（Burgess et al., 2004）で実施された先行研究と一致した結果が得られた。特に、ドイツで実施された 287 人の乳がん女性を対象とした研究結果からは、乳房の異常に気づいてから受診に至るまでに 3 ヶ月以上を要した者は、1 ヶ月未満で受診した者に比べて、診断時のステージがⅢ期・Ⅳ期であるオッズ比は 3.4 倍にも上ることが報告されている（Arndt et al., 2002）。本研究を実施した沖縄県のデータによると 2009 年から 2012 年の間に乳がんで死亡した 174 人のうち 56%（n=103）は初診時のステージがⅢまたはⅣであったことが報告されており(Tamaki et al., 2015)、生命予後の観点からも、早期に受診に至ることは望ましいと考える。そして、本研究により乳房の異常に気づいてから、とりわけ 3 か月以内に医療機関を受診することは生命予後の観点からも意義があるという、これまでの知見をより強固にしたものと考える。

６．遅延群・非遅延群の乳房の異常に気付いたきっかけ

「乳房の異常に気づいたきっかけ」および「最初に気づいた症状」と遅延・非遅延の関連について検討した。その結果、遅延群では自分でしこりなどの自覚症状に気づいたと回答した者が多かった。一方、非遅延群は、乳がん検診の結果により乳房の異常に気づき、症状が出現していない段階で受診に至っていた。これらの結果から、遅延群と非遅延群とでは、乳房の異常に気付いたきっかけの段階で、すでに違いがあることが明らかになった。これまで

の受診遅延の研究は、乳房の症状に気づいた者のみを対象にした研究が中心であったが、症状を有した女性に特化せず、乳房の異常に気づいた女性全体に焦点を当て、受診遅延との関連について検討した点は本研究の特徴である。

７．遅延群・非遅延群の乳房の異常に気付いた際の問題に対する認識

１）乳がんに対するリスクの捉え方

これまで、質的研究を中心に、乳がんに関する症状やリスクに関する知識不足が受診遅延と関連することが指摘されてきた(Jones et al., 2014; Khakbazan, Taghipour, Latifnejad Roudsari, et al., 2014)。そこで、本研究では乳がん患者の知識と受診遅延との関連を検証するために、身近な乳がん経験者の有無、ヘルスリテラシーについて尋ねた。その結果、いずれも遅延群・非遅延群で差は認めず、遅延群も非遅延群と同程度の知識を有していると解釈できた。近年、乳がんはメディアで取り上げられることが多くなり、NPO 法人日本乳がんピンクリボン活動などの啓発活動も盛んに行われていることから、本邦において乳がんの症状に関する知識は広く普及されつつある。よって、知識の普及により、本研究では遅延群・非遅延群で差が認められなかったのではないかと推察される。最近の研究では受診遅延の問題は単に乳がんのリスクや知識不足だけの問題ではないことも報告されている(Jones et al., 2014)。本研究の結果からも、知識不足のみに焦点をあてた啓発活動だけでは解決しない、生活者としての乳がん患者の複雑性を考慮することの重要性が示すことができたと考える。但し、本研究で使用したヘルスリテラシー尺度は、慢性疾患患者向けに開発された尺度を原作者の許諾のもと、乳がん患者用に文言を修正したものである。本来は、乳がんに特定したリテラシー尺度を用いるのが望ましいが、本邦では近年、ヘルスリテラシーの測定尺度が開発されつつあり、現段階では乳がん患者を対象とした適切な尺度は見当たらなかった。よって、リテラシー評価の客観性については限界があると考える。また、今回、相対的にリテラシーを高群と低群に分類し比較を行ったが、本来は絶対評価でリテラシーを評価することが望ましい。この点は本研究における限界であると考える。

本研究では、乳がん患者のリスク解釈と受診遅延の関連について検討するために、乳がん患者が乳房の異常に気づいた際、乳がんを疑ったか否かについて尋ねた。これまでの研究において、「症状は深刻な状況ではない」、「症状は消失すると思った」とリスクを低く見積もることが受診遅延と関連することが明らかにされている(Nosarti et al., 2000)。本研究によって、遅延群についても非遅延群と同様に約 7 割の者が乳房の異常に気づいた際に乳がんを疑っていたことが明らかになった。Gould ら（2011）が実施した、受診が遅延した進行乳がん患者に対する質的研究では、14 人の調査参加者のうち 12 人が乳がんを疑ったものの、受診に至るまでのプロセスの中で恐怖を感じ、否定することで受診が遅延したことが示されている(Gould et al., 2010)。本研究の遅延群においても、J-Delay 尺度の結果から「悪いことは考えたくなかったので乳房の異常について放っておいた」、「乳房の異常についてできるだけ考えないように努めた」と考える傾向が示され、乳がんを疑いつつも否定を繰り返しながら、受診が先延ばしにされた可能性が推察された。本研究の結果から、今後、女性が乳がんかもしれないと疑ったタイミングやプロセスの詳細を明らかにしていくことで、受

診遅延を予防する看護介入のタイミングを明らかにすることができるものと推察された。

２）乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの時間の認識

受診遅延と受診に至るまでの時間に対する患者の認識との関連について検証した。その結果、乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの時間に対して、遅延者は「遅くなった」、非遅延者は「すぐに受診した」と捉えていることが明らかになった。

しかし、遅延群の約 3 割が、乳房の異常に気付いてから 3 ヶ月以上経過して受診したにも関わらず、受診に至るまでの時間について「すぐに受診した」、「まあすぐに受診した」と認識していた。人は個々の置かれた状況やその人の感覚によって変化する主観的時間と客観的時間に基づき、受診行動を選択しているが、本研究の結果から一部の遅延者においては客観的時間と主観的時間のギャップが大きいことが推察された。よって、受診遅延の問題を検討する際には、医療者の視点のみならず、患者の視点や生活状況を考慮することが重要であることが明らかになった。第 3 章で行った概念分析や先行研究から、受診遅延の問題を検討する際には客観的時間のみならず主観的時間の影響を考慮する必要性について理論的に示したが、本研究により、主観的時間を考慮する必要性について実証することができたと考える。

８．遅延群・非遅延群の情動反応

先行研究において、恐怖や不安が受診遅延と関連することが明らかになっている(Nosarti et al., 2000; Facione et al., 2000; Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2009; Khakbazan, Taghipour, Latifnejad Roudsari, et al., 2014; Khakbazan, Roudsari, et al., 2014; McEwan et al., 2014)。本研究では、女性乳がん患者が乳房の異常に気付いた際に感じた恐怖や不安の程度について遅延群・非遅延群で比較し、受診遅延との関連を検証した。その結果、両群で差はなく、遅延群も非遅延群と同程度の強い恐怖や不安を感じていたことが明らかになった。両群を比較した研究は、これまでに英国で実施された 1 件のみにとどまっているが、本研究では先行研究と一致した結果が得られた(Burgess, Ramirez, Richards, & Love, 1998)。今後は、非遅延群が恐怖や不安を感じつつも受診した一方で、なぜ遅延群は乳がんを疑い、恐怖や不安を感じつつも、受診に至らなかったのか、その背景要因について、より詳細に明らかにしていく必要があると考える。

なお、受診時の恐怖や不安について回顧的に測定する尺度はこれまでに開発されておらず、自作のスケールを用いざるを得なかった点は、本研究の限界であると考える。

９．遅延群・非遅延群の保健行動

がん検診の受診状況についてみると、今回の調査結果は、予備的調査(大城・神里, 2016a)や先行研究の結果と同様に、定期的にがん検診を受診していない者は有意に受診が遅延する傾向にあることが明らかになった。特に、遅延群において、乳がん検診を全く受けたことがないと回答した者は約 4 割、子宮がん検診では約 3 割と高い割合を占めた。大島ら(2008)は、本邦におけるがん検診の実態として、検診受診者が固定化する一方、検診を受けない者はずっと受診しないままで終わるという問題点について指摘している。本研究により、がん

検診を受診しない者は、乳房の異常に気付いてもすぐには医療機関の受診に至らず、未治療のまま時間が経過していたという結果を示すことができた。その背景として、先行研究では、遅延群は非遅延群に比べて喫煙者の割合が高いことなどから(Poum et al., 2014)、日頃の健康意識の低さが受診遅延に関連しているのではないかと考察されている。

しかし、筆者らが実施した予備的調査において、女性が自己の保健行動を優先したくても、できない状況に置かれている実態が明らかになっている(大城・神里, 2016a)。特に、本研究における遅延群の、無職で世帯の年間収入が低いという特性や、「仕事・子育て・介護などを優先した」、「時間的なゆとりがなかった」といった遅延理由を考慮すると、健康意識の問題のみならず、遅延者にとって金銭的、時間的な問題により、がん検診を受診できない実態が存在するのではないかと推察される。

今回、他疾患での通院状況と遅延・非遅延との関連について検討した。がん検診の未受診者を対象とした研究では、受診者は未受診者に比べて、既往歴や現病歴が有る者や、病院に通院している者が多いことが示されており、健康に対する関心や疾病の重要性に対する認識が検診受診と関連することが考察されている(加藤・菅野, 2009)。しかし、今回、受診遅延と通院状況は関連を認めなかった。本研究において、遅延者は、がんを疑っていたと回答した者が 7 割を占めていたことや 30～50 代の女性の割合が高かったことからも、健康に対する関心よりも、受診して乳がんだと診断されることによる社会生活への影響を考慮し、乳がんであるという現実と向き合いたくなかったのではないかと推察する。現在、他疾患での通院状況と受診遅延との関連について、十分な研究蓄積はなされていないため、更なる検討が必要である。

今回、民間療法の利用の有無と遅延・非遅延との関連は認めなかった。中国系アメリカ人を対象にした研究では、東洋医学の利用により受診が遅延した事例について報告されている(Facione et al., 2000)。マレーシアではがんは死に至る疾患であるというイメージが強く、治療に対する希望が持てずに、補完代替療法の利用を選択し、受診が遅延した事例について報告されている(Taib et al., 2011)。特に、発展途上国では民間療法の利用を優先にする者が多く、パキスタンで実施された量的研究では、補完代替療法を利用した者で有意に受診が遅延した結果について報告されている(Malik & Gopalan, 2003)。本邦は先進国の位置づけにあることから、本研究において、民間療法の利用状況と受診遅延との関連は認められなかったのではないかと推察された。

１０．遅延群・非遅延群の受診に対する考え・行動

本研究では、日本語版 J-Delay 尺度を用いて遅延群・非遅延群の受診に対する考え方・行動を測定した。その結果、日本語版 J-Delay 尺度の合計点は、遅延群・非遅延群で有意差を認め、2 群間で考え方や行動に違いがあることが明らかになった。また、受診のきっかけについてみると、遅延群では「症状の出現」や「症状の悪化」が、非遅延群では「自分の意思」が多くを占め、受診のきっかけからも、遅延群・非遅延群で行動選択に違いがあることが示された。

特に、遅延群において「悪いことは考えたくなかったので乳房の異常について放っておい

た」、「乳房の異常についてできるだけ考えないように努めた」、「考えることや行動することが面倒だと思った」と回答した者が非遅延群に比べて多くの割合を占め、回避的な考えや対処行動をとる傾向が示された。これまで質的研究を中心に受診遅延と回避的コーピングの関連が示唆されていたが、本研究も先行研究を支持する結果が得られた。

また、遅延群は非遅延群に比べて、「できるだけ受診はせずに、自然の流れに身を任せたかった」、「できるだけ病院には受診したくないと思った」と考える者が多くを占め、遅延群において、医療機関の受診に抵抗があることが明らかになった。実際に乳房の異常に気づいてから 3 ヶ月以上の時間が経過し、最終的には医療機関を受診している遅延群の現状を考慮すると、受診に至るプロセスの中でゆらぎながら受診を決定したことが推察される。以上の結果を踏まえると、早期発見・早期治療と啓発するだけでは受診を促進することが困難であることが推察され、第 3 者による介入の必要性があると考える。具体的には、女性が辿るだろう受診までのプロセスがイメージできるような情報の提供や、受診を支える精神的サポートが必要なのではないかと考える。つまり、看護師がナビゲーターとして役割(Pedersen, Hack, McClement, & Taylor-Brown, 2014)を担うことは意義があるのではないかと考える。

さらに、遅延群は非遅延群に比べて有意に「大事なことをキャンセルしてでも、受診を優先した」と回答した者の割合が低く、「周りの人に迷惑をかけると思い、受診をためらった」と回答した者の割合が高かった。この結果から、遅延者は周りとの調和を優先する傾向があり、周囲との兼ね合いにより、受診が遅延している可能性が推察された。今後の看護への示唆として、このような考え方や行動を取りやすい人は、受診遅延のリスクが高くなるというメッセージを発信するなど、自身の健康問題についての優先度を少しでも高めることができるような取り組みが必要であると考える。

１１．遅延群・非遅延群の医療機関との距離

本研究の結果から、受診遅延の問題を考慮する上で医療機関との心理的・物理的距離を考慮することの重要性が示された。

先行研究でも明らかになっているように(Jones et al., 2014)、遅延群において「医師が異常を見つけるかもしれないと思うと病院に行く気がしない」、「病院に行くことは恐ろしい」、「病院に行くことをためらう」と感じている者が非遅延群に比べて多くを占め、がんと診断されることに対する不安や心配による医療機関との心理的距離が示された。

また、遅延群において、「医師と話しをすることが難しい」と感じる者が、非遅延群と比べて多くを占め、医療者との関係性も受診行動に関連することが明らかになった。

今回、居住地と受診遅延との関連は示されなかったが、遅延群において「病院に行くまでの交通手段を得るのが難しい」と感じている傾向が明らかになった。特に、がん患者はより専門的な治療を求めて 2 次医療圏を越える受診の割合が高いことが先行研究で示されている(田中・片野田, 2015)。調査を実施した沖縄県は 39 の有人離島からなる島嶼県であり、島嶼に居住する者が専門的な治療を受けるためには沖縄本島まで出向かなければならない現状がある(森・神里, 2016)。今回、本研究では離島に居住する者のサンプル数が少なく、離

島居住者のデータを反映することに限界があるが、医療施設へのアクセスの問題が受診遅延と関連していることが明らかになった点は、今後の沖縄県のがん医療の施策を考慮する上で有用な知見になり得ると考える。

１２．遅延群・非遅延群のソーシャルサポート

受診遅延に関する先行研究および(Barber, Jack, & Dixon, 2004; Burgess et al., 2006)、乳がん検診の受診に関する先行研究(加藤・菅野, 2009)において、ソーシャルサポートが受診に結びつけていることが明らかになっている。本研究においても、誰にも相談をしなかった者は、受診が遅延する傾向にあることが明らかになり、先行研究と一致する結果が得られた（Burgess et al., 1998; Ramirez et al., 1999; Jones et al., 2014)。また、誰にも相談をしなかったと回答した者に対して、その理由について尋ねたところ、「家族に迷惑をかけたくなかった」ことを理由に挙げた者が多くを占めた。さらに、乳房の異常について誰かに相談したと回答した者については、その相談相手について尋ねた。その結果、遅延群は非遅延群に比べて友人・知人に相談する傾向が強く、非遅延群は家族に相談する傾向が強いことが明らかになり、サポートを求める先についても遅延群・非遅延群で異なった（表 13)。この結果から、遅延群と遅延群では乳がんの異常に対する相談時の自分の状況を開示する程度においても違いがあったのではないかと推察される。

また、アジア人は、周りの人との関係性の中で、サポートや承認を受け、受診を決定する特徴があることが報告されている(Taib et al., 2011)。本研究においても、アジア諸国で実施された研究と類似した結果が得られ、受診に際して家族との関係性が重要であることが明らかになった。今回、家族との関係性をより詳細に明らかにするために、家族生活力量スケールを用いて、家族に健康問題が生じた場合、家族がその問題に対処し解決しようとする力について測定した。その結果、遅延群は非遅延群に比べて、家族全体が健康問題に対処する力が弱いという実情が明らかになった。これまで、受診遅延と家族関係性の関連をみた研究はないため、本研究により本邦において受診に際して、家族のサポートが重要であるという新たな視点を示すことができたと考える。

第６節　研究の限界

本研究の限界は、以下の 4 点である。

第 1 に、対象者が乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの経験について回顧的に回答を求めた点は、回答内容が対象者の記憶に影響された可能性がある。

第 2 に、本研究は本邦における乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにするために研究を実施したが、調査対象地域が沖縄県のみに限定したため、本邦全体の心理社会的特徴を反映するには限界がある。また、今回、公立総合病院で調査を実施したが、一般病院、医院で来院する乳がん患者の特性が異なる可能性が考えられる。以上のことから、結果の一般化には限界がある。

第 3 に、調査時期に関して、すでに医療機関を受診した時点で調査を実施したため、家族関係性などにおいて変化が生じた可能性が考えられる。

第 4 に、横断研究デザインであるため、要因間の因果関係を明らかにするには至らなかった。今後は、縦断研究デザインによる要因間の関連や本研究結果の背景について解明が必要である。

第７節　本章のまとめ

乳がん患者 291 人を対象に、遅延群・非遅延群の比較を通して、受診遅延の関連要因を明らかにした。その結果、以下のことが明らかになった。

１．本研究における受診遅延者は、乳がん患者の約 3 割を占めた。
２．本研究における受診遅延の主な理由は、「何となく時間が過ぎた」、「仕事・子育て・介護などを優先した」、「時間的なゆとりがなかった」であった。
３．基本的属性について、遅延群と遅延群を比較した結果、遅延群では年齢が若く、無職で世帯の年間収入が 300 万円未満の者が多く、学歴が低い傾向にあった。
４．遅延群は非遅延群に比べてステージⅢまたはⅣの占める割合が高かった。また、非遅延群は遅延群に比べて、０期の占める割合が高く、3 ヶ月以上の受診遅延は診断時のステージと関連した。
５．乳房の異常に気付いたきっかけは、遅延群・非遅延群で違いがあった。遅延群は自分でしこりなどの自覚症状に気づいて受診していた。一方、非遅延群は乳がん検診の結果により乳房の異常に気づき、症状が出現していない段階で受診に至っていた。
６．遅延群・非遅延群で乳がんに関する知識に差はなく、また、遅延群も非遅延群と同じように乳がんを疑い、恐怖や不安を感じていた。受診遅延の問題は単に乳がんのリスクの捉え方や知識不足だけの問題ではないことが明らかになった。
７．遅延群の約 3 割が、乳房の異常に気付いてから 3 ヶ月以上経過して受診したにも関わらず、受診に至るまでの時間について「すぐに受診した」、「まあすぐに受診した」と認識しており、一部の遅延者においては客観的時間と主観的時間の相違が大きいことが示された。
８．遅延群は非遅延群と比較して、乳がん検診や子宮がん検診を定期的に受診していなかった。
９．遅延群と非遅延群では、受診に対する考え方や行動選択の傾向に違いがあり、受診遅延と関連していた。
１０．遅延群は非遅延群に比べて、医療機関に対して心理的、物理的な距離を感じていた。
１１．遅延群は非遅延群に比べて、乳房の異常について相談をしなかった者が多く、家族で健康問題を解決しようとする力量が低かった。
１２．遅延群は非遅延群に比べて、症状の出現や悪化をきっかけに受診した者が多く、自分の意思で行動した者の占める割合は低かった。

第７章　【研究２】乳がん患者の受診遅延の関連要素に関する質的研究

第１節　目的

本研究の目的は、女性乳がん患者の受診遅延の関連要素を質的分析により抽出することである（Oshiro & Kamizato, in press）。

第２節　方法

１．研究デザイン

本研究の研究デザインは、質的記述的研究である。研究 2 では、患者の認識に基づき、患者自身が乳房の異常に気づいてから受診までの期間について遅くなったと捉えている事象を遅延、すぐに受診したと捉えている事象を非遅延と定義し、J-Delay モデルを理論的視座として受診に関連する要素を探索的に導いた。

なお、研究の実施に際して、2015 年 1 月 19 日～2 月 9 日に沖縄県内の 2 カ所の乳腺外科外来で研修を行う中で、受診遅延について乳がん患者に直接話を聞いても差し障りがないことを確認した。

２．研究参加者

研究参加者は 2015 年 9 月 14 日～12 月 2 日の間に、沖縄県の総合公立病院 2 施設（A 病院・B 病院）の乳腺外科外来に来院した女性乳がん患者で、以下の基準を満たす者を対象とした。

適格基準は、①患者が成人であること、②乳がんの診断・告知を受けて 3 ヶ月以上 5 年未満であることであった(Parsa, Kandiah, Abdul Rahman, & Zulkefli, 2006)。この期間は、患者の精神的負担および時間の経過による記憶の精度を考慮したため基準として設定した。除外基準として、①主治医および看護師のいずれかが精神状態、認知機能、コミュニケーションに障害があると判断した者は対象から除外した。

施設の外来担当看護師から選定基準に合致した 33 人を候補者として紹介を受けた。研究者より直接、対象候補者に調査を依頼し、同意が得られた 21 人を研究参加者とした。研究参加に際して 12 人が拒否を表明したが、承諾の得られなかった理由は、「時間的に負担である 5 人」、「身体的に負担である 4 人」、「自分のことを知られたくない 3 人」であった。

A 病院の乳腺外科は、初診・再診を含めて、1 日平均 30 人、B 病院においては平均 20 人の乳がん患者が来院する施設である。

３．データ収集方法

研究参加者 1 人につき 1 回、20～100 分（平均 39 分）の 1 対 1 半構造化面接を実施した。面接ガイドはマギル大学の受診行動に関する経験を引き出す面接ガイド(Division of Social and Transcultural Psychiatry , 2006)を参考に作成した。質問は、①いつ乳房の異常に気付いたのか、②乳房の異常に気付いた時、あなたはどのような状況にあったか、③受診

することを決めた理由は何か、④受診を決定するうえで妨げとなることはあったか、⑤何が受診を促したのかであった。基本的属性および、患者が認識している遅延・非遅延については、面接時、質問紙に記入をしてもらい情報を得た。面接内容は参加者の同意を得て IC レコーダーに録音した。

４．データ分析

逐語録に起こしたデータを Nvivo software version 11 に入力し、面接内容から遅延者にとって受診の障壁となった要素、遅延者が遅延の状況から受診に至った促進要素、非遅延者が受診に至った促進要素に関連した語りをコーディングした。それぞれのコードを類似性によってカテゴリー化し、質的記述的分析により受診の阻害要素・促進要素に関連する要素を抽出した。

５．分析結果の真実性の確保

Holloway と Wheeler によれば、質的研究における結果の真実性を保証するための方略は、参加者によるチェック、専門家による検討、トライアンギュレーション、ピアレビューなどが挙げられる（ホロウェイ・ウィーラー, 1996/ 2000, p252）。

本研究では、真実性の確保として、分析過程において分析結果検討会を設け、がん看護を専門とした学内外の看護教員と大学院生とともに繰り返しカテゴリーの検討を重ねることで、抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーについてコンセンサスを得た。

第３節　倫理的配慮

１．研究の対象となる者に理解を求め、同意を得る方法

外来担当看護師に対象候補者の紹介を受けた後、研究依頼の際に研究者が書面および口頭で調査目的、方法、調査が当該施設での治療や看護と中立であり拒否や中断の権利があること、プライバシーの保護遵守について説明をし、書面で研究協力の同意を得た。

２．研究の対象とする個人の人権の擁護

１）対象者のプライバシーの確保

インタビューで得られたデータは ID 番号で管理し、個人が特定されることの無いように配慮した。インタビュー時にとったメモ、録音データは、電子ロックをかけたパーソナルコンピューターによって保管され、研究目的以外に使用されることはないこと、これらのデータは研究終了後、5 年程度厳重に保管した後、破棄することを説明文書および口頭で説明し、同意書に自署を得た。

２）心身への負担などへの配慮

研究協力は対象の自由意思によるものとした。対象は、研究について詳細な説明を受け、不明な点を質問し十分に理解したうえで協力するか否かを決定する権利を持つものとした。研究者の連絡先を説明文書に明示し、研究途中での中断、調査終了後の撤回およびデータの

削除、自由に研究者に質問できるように配慮した。

全ての面接は参加者の心身に負荷がかからないように時間を考慮し、プライバシーの保てる場所で実施した。また、対象者が精神的に不安定な場合、経験を振り返ることで、精神的負担を強いる可能性があるため、対象の除外基準を設け、本研究では判断能力の乏しい者は対象としなかった。さらに、精神的負担が生じた場合は、すぐに調査を中止し、医師や看護師に報告した上で対応を検討する対処システムを構築した上で調査を実施した。

３）結果の公表の仕方

研究成果は、学会発表や学術雑誌への投稿によって公表するが、その際には施設や個人が特定されるような記述はしないことを説明文書および口頭で説明し、同意書に自署を得た。

参加者には回答終了後に謝礼として、1,000 円分の商品券を提供した。本研究における利益相反はない。

本研究は、2015 年 7 月に沖縄県立看護大学倫理審査委員会（承認番号 : 15005）、2015 年 8 月に調査実施施設（A 病院・B 病院）の倫理審査委員会（承認番号 : H27-01, 承認番号 : H27 第 24 号）の承認を受けた。

第４節　結果

１．研究参加者の属性

参加者 21 人の概要は、遅延者 9 人、非遅延者 12 人であった（表 18）。年齢は 40～70 歳代であった。就労に関しては、遅延者の 88.8%、非遅延者の 50.0%が就業していなかった。世帯の年間収入は、遅延者の 88.8%、非遅延者の 50.0%が「300 万円未満」に属していた。最終学歴は、遅延者の 55.6%、非遅延の 41.2%が「高校」を卒業していた。婚姻状況は、遅延者の 55.6%が「離婚・死別」、非遅延者の 58.3%が「既婚」であった。乳房の異常に気づいてから受診までの期間について遅くなったと捉えている遅延者が受診までに要した時間についてみると、3 ヶ月以上を要した者は 88.8%を占めた。一方、すぐに受診したと捉えている非遅延者の全員が 1 ヶ月以内に医療機関を受診していた。

２．乳腺外科受診までのプロセス

表 19、表 20 で遅延群・非遅延群の乳腺外科を受診するまでのプロセスを示した。

遅延群は、全員が乳がん検診の受診経験がなく、自分で乳房の症状に気づいたことが異常に気づいたきっかけであったと語った。また、乳房の異常に気付いても誰にも相談をしておらず、症状の悪化を機に受診に至っていた。

非遅延群は、乳がん検診を定期・不定期に受診しており、乳房の異常に気づいてすぐに乳腺外科を受診していた。乳房の異常に気づいたきっかけは、自分で症状に気づく、乳がん検診の異常で気づく、の 2 通りがあった。また、非遅延群の一部の者については、受診に際して、他者からの介入が存在した。

３．遅延群の受診の障壁となった要素（表 21）

カテゴリーを【　　】、サブカテゴリーを＜　　＞、語りを「　　」で示す。

【出現した症状】

・遅延群

＜乳がんだと確信できないしこり以外の症状が出現する＞

一般的に乳がんの症状と認識されているしこり以外の症状が出現した場合、受診が必要だと判断するまでに時間を要していた。

「腫れているし、オレンジ色、赤みがかっているわけ。一般的にテレビとかの情報っていうか、知られているものとは違う症状が出た。こんな症状もあるって知らなかったから。だから、何かね？乳腺にバイ菌が入ったのかね、だから痛いのかねと思った。・・・（段々時間が経つにつれ）やっぱり、ちょっと腫れているような感じもするし、段々右と左で明らかになんかちょっと違うから、やっぱりこれ見せた方がいいなって（遅延群 ： ID3）」

「最初は、違和感、なんか中で引っ張るような違和感があって、で、もう少しで検診の時期が来るかなって、検診券が送られてくるときがあるから、それでいいかと思って。（遅延群：ID4）」

・非遅延群

＜しこりを見つける＞

非遅延者は、一般的に乳がんの症状として知られているしこりに気づいたことがきっかけになり受診を決めたと述べた。

「シャワーの時の触診で、ちょっとしこりを見つけて、すぐに受診しました（非遅延群：ID1, ID10）」

【がんに対峙した不安・恐怖】

・遅延群

＜不安や恐怖がある＞

遅延者は、現実を認識していたが、漠然とした不安や恐怖により、問題に向き合うことができなかったと述べていた。

「家系的にはがん家系だよ。だから、家系的にはがんの遺伝があるんだろうなと思ったよ。でも、自分はかからない。家族に 3 人はかからないって。・・・自分は違うって思いたかったっていうのが一番の理由。（遅延群：ID2）」

「リンパをごっそり取るのが怖かったね。家事ができなくなったらどうするのって、いつも心の中で思っていて、自分で（病院に）行かなかった。（一緒に住んでいる）お姉さんもまだ働いているし、自分のことは自分でしないとって。そういう不安がいつ

もあるからね。(遅延群：ID5)」

「テレビでもいろいろ言われているじゃないですか。あんなのも見ないようにしている。病気のことは聞きたくない。自分からは何も聞かないようにしている。(遅延群：ID8)」

・非遅延群

＜不安や恐怖に対処する＞

非遅延者は乳房の異常に気づいた時、不安や恐怖を抱いたが、意識的に前向きな気持ちに切り替えることで、現実と向き合ったと述べていた。

「(検診結果の) 通知が来たときには、それはもうどきどきしました。怖かったです。怖かったんですけど、あとは、もうあきらめですね。よし、がんばろうと。(非遅延群 ： ID12)」

「怖かったんだけど、覚悟を決めて（病院に）行った。(非遅延群 ： ID3)」

【生活状況】

・遅延群

＜目の前の生活を優先しなければならない＞

遅延者は、自分の症状に気づいていたが、生活において様々なことが重なり、病院を受診したくてもできない状況にあったと述べた。

「今を生きることを先決にしましたので。夜の仕事をして、昼は認知症の母をみて、主人も父も亡くなって。お家のことがありすぎて、自分のことは、もうとにかく生きていればいいという。(遅延群 ： ID7)」

「精神的にうつみたいになっていて、そっちを治すことに集中していたというか。更年期と、仕事と、自分の精神状態とで、もう、それどころではなかった。(遅延群： ID8)」

「母１人、子１人なもんで。もう無理をして、仕事をしていたんですよ。やっぱり生活のことが第一と思って。病院に行ったら、お金もかかりますよね、その余裕もなくて、もうどうしていいのか分からなくて、そのまま過ごしていたんです。(遅延群 ： ID9)」

・非遅延群

＜健康問題と向き合える＞

非遅延者には、治療費を支払える見込みとサポート（精神的・手段的・スピリチュアル）が存在した。乳がんの診断が下されても何とかマネジメントできるという予測は、受診に際して重要であった。

「一番心配するのは、経済的な面っていうのが不安にあると思うんですけど、生命保険とかも入っていたから、（治療費の支払いは）何とかなるかなって。(非遅延群 ： ID7)」

「息子達もお父さんも、絶対に大丈夫だよって言ってくれるので。家事ができなくなっても、家族を信じて任せるしかない。(非遅延群 ： ID10)」

【状況の開示】

・遅延群

＜乳房の異常について誰にも打ち明けない＞

遅延者は、相談できる相手がいないことや家族に負担をかけたくないことを理由に、自分の置かれている状況について誰にも開示しなかった。そのため、周囲からのサポートや助言が得られにくく、心配事を一人で抱え込んでいた。

「相談はしないよ、自分でがんなんだろうなって思っただけ。(遅延群：ID２)」

「もう本当にもう少しね、自分の配偶者とかがね、理解してくれたらいいけど。あんまり理解してくれないし。・・・だから、症状に気づいた時にはもう黙っていました。(遅延群：ID4)」

「日常生活に支障がでるかもしれないっていうのがあったね。いつも家族２人だから、自分のことは自分でしないと迷惑がかかるから。一番、それがあるから。誰にも言わなかった (遅延群 ： ID5)」

「家族に心配かけたら困るかなと思って。その時家族は仕事が忙しい時期だったから、大丈夫ですよ、自分１人で、自分のことだからってやりました。(遅延群：ID6)」

「主人も亡くなった後で、あまり相談する人もいなかった。(遅延群：ID7)」

「誰にも話してなかったんですね、自分１人で抱え込んでいたんで。仕事を辞めるわけにもいかないし、生活もかかっているし、言いたくても言えないんですよ。(遅延群 ： ID9)」

・非遅延群

＜乳房の異常について身近な者に打ち明け、友人・知人から情報を得る＞

非遅延者は、すぐに乳房の異常について、配偶者など身近な者に打ち明けていた。そして、これまでの人生で構築してきた人間関係を活用し、多様な情報を得ていた。その情報を判断材料にして、非遅延者は受診を決定していた。

「最初は病気、死の恐怖とか、不安とかもあって、結局、家族にしか当たれないじゃないですか。もう外に出たら、もう人が全然違うわけ (非遅延群：ID3)」

「(乳房の異常に気づいた時) 最初はショックを受けましたけどね、相談すると言うよりも、やっぱり主人にしか言えないわけ (非遅延群：ID9)」

「(症状に気づいた時)主人にすぐ言って、それで、そのまま病院に行って。・・・いろいろ病気について調べたり、主人がしていましたね (非遅延群：ID1)」

「私は周りの人にとても恵まれていたなと思ったのは、知り合いのお医者さんとかからいろんな情報が入ってくるんですよ。がんになった友達とか、みんなからいろんな

情報が得られるんですよ。(非遅延群：ID7)」

「友達とか、兄弟とかに電話をしまくって、職場の人からも情報を仕入れて、それで、結局は病院も１か所だけじゃなくて、何か所も行った方がいいよとか、早めに病院に行った方がいいよとかいろいろ聞く。それで、Ｂ病院に来たという感じですね。相談する人がいたというのは十分すぎるくらいいたような気がします。(非遅延群 ： ID8)」

【コーピング】

・遅延群

＜受診は面倒である＞

遅延者は、問題に対処することが面倒だったと述べた。

「がんじゃないかなって思ってはいたけど、どこかで気にはなっているけど。一言で言えば、面倒くさいって感じ。変だよね。でも、その時は、おかしかったんだと思う、自分でも（遅延群：ID8)」

「出産経験もないし、一応、リスクは高くなるのかなみたいな、テレビからの情報は頭にはあったけど、だからといって、今すぐ病院に行って検査をしないといけないっていう感じにはならなかった。痛みはあったけどなんかまあ、気のせいでしょうという感じで過ごしていて（遅延群 ： ID3)」

「定年で仕事を辞めたら検診には行かなくなった。自分で行けばいい話なんだろうけどさ、放っておいてしまった。・・・面倒くさいんだよ。(遅延群 ： ID2)」

・非遅延群

＜問題として捉え、主体的に取り組む＞

非遅延者は、乳房の異常を解決しなければならない問題として捉え、すぐに対処したと述べた。

「頭は数学的なんですよ、（問題が）起こったら、じゃあ次はどうすればいいっていう考え方（非遅延群 ： ID7)」

「毎年検診受けているし、一応、自分でも毎日触ってはいて、だから、大丈夫だっていうのが自分の中にはあったから。自分のことも孫のことも面倒みないといけないから。とにかく、早く治したいっていうことしか考えないから。そんなにめげるっていうこともない。(非遅延群 ： ID10)」

【信念】

・遅延群

＜自然の流れに身を委ねる＞

一部の遅延者からは、治療よりも自然の流れに身を任せたかったという信念が語られた。

「手術をした所で、日常生活に支障が出ないわけじゃない。それで治るわけじゃない。これが一番嫌だった。（治療はせずに）自然にと思っていた。（遅延群 ： ID5)」

【リスク解釈】

・遅延群

＜自分は乳がんにはならないという自信がある＞

遅延者は、誤った認識や過度の健康への自信により、乳がんのリスクを低く見積もっていた。

「がんは若い人がかかるものって思っているから。テレビドラマとかでも結構やっているじゃない。だからさ、ばあさんは（乳がんには）かからないって思っているんだよね。（遅延群 ： ID2)」

「今まで大きい病気なんかしたことないし。（遅延群：ID5)」

「健康な家系だし、大丈夫だと思っていた。（遅延群 ： ID8)」

・非遅延群

＜乳がんになるかもしれない＞

非遅延者は、家族歴や身近な人の経験を踏まえ、自分ががんになる可能性を少なからず意識していた。

「私、がん家系なんですよ、父方も母方もがん家系だったので、みんながんで亡くなっているので。見ているので直に。だから（症状に気づいた時）もしかして（乳がんかもしれない）と思って、それで受診しました。（非遅延群 ： ID11)」

【医療機関との距離】

・遅延群

＜医療機関と距離がある＞

過去の医療機関での不快な経験は、受診を躊躇する要素であった。離島に居住する者は、居住地に専門の医療機関がなく、受診が先延ばしになってしまったと述べた。

「離島では専門の病院がなくて、受診をしていなくて。（遅延群 ： ID1)」

「（以前、医師に）異常もないのに、来てどうするのって言われたから、そういうのを何回か経験すると、受診ってなった時、どこに行けばいいのって。（遅延群 ： ID3)」

「腰が痛いから検査を受けたの。そしたら、先生が重いものでも持ったんじゃないですかっていうから、先生なんか、その程度なんだから、あんまりね、ちょっとのことで、病院行くのもなって思うし（遅延群 ： ID4)」

・非遅延群

＜専門家を信頼し、受診により安心を得る＞

非遅延者は、医療者を信頼していた。そして、受診は自分を助ける手段であると捉えていた。

「最初に病院を受診したのは、やっぱり、安心したかったからですかね。(非遅延群：ID7)」

「自分は素人じゃないですか、だから、分からないんだったら、専門の所に行ってアドバイスを受けることが一番楽かなって思って。先生に見てもらって、今の自分の状況を詳しくは知りたかった（非遅延群：ID10)」

「無我夢中でしたね。やっぱり病院にしか、だって、自分で治すこともできないし、どうすることもできないからね、病院にすがるしかなかった。医者を信じてね。(非遅延群 ：ID12)」

４．受診の促進要素（表 19)

【受診を後押しした他者の存在】

・遅延群

＜他者の介入が受診の迷いを断ち切る＞

遅延者は、受診について迷ううちに時間が経過していた。症状の悪化など自分で対応できない状況を機に、他者にサポートを求め、そこから得られた情報や介入が受診を後押ししていた。

「周りの人とかから、殆どの人がおっぱい全部取っているのに大丈夫さっていう話も兄弟から聞いて、手術をしてもちゃんと生活をしている人の話を聞いて、病院に行こうっていう踏ん切りがついたっていうのもあるね。(遅延群 ： ID5)」

「病院に行かないといけないな、どこの病院がいいかなって、迷って。リウマチで、ここの病院に通っているんだけど、内科の先生にしこりがあるからっていうことで、どこの病院で受けようかって迷って聞いたら、ここの病院にも乳腺をみてくれる科があるっていうことで、こちらを紹介されました。(遅延群：ID8)」

・非遅延群

＜周りが受診を促す＞

非遅延者は、異常に気づいて、すぐに周囲に相談したことで、情報や促しを受け、受診に至っていた。

「(しこりがあることを）長女に話したら、M 先生いい先生だから、まずは乳腺外科にみせた方がいいよってことで。健康診断を他で受けるよりは先に病院を受診してみせたらってことを言われたんですね。(非遅延群：ID2)」

「主人が受診しとけって言うから。（非遅延群 ：ID4)」

【症状の悪化】

・遅延群

＜症状が悪化する＞

遅延者は、症状に気づいてから、適宜、症状評価をしていた。症状の悪化やコントロール困難な症状が出現したことを機に受診をしていた。

「胸の形が左右で変わってきたから。（遅延群 ： ID2)」

「3 年前から乳首の変形が始まって、段々、化膿して、血が出てとっても痛くなって、運転している時だったんだけど、2、3 時間ずっと痛みが治まらなくて、もう我慢ができなくなって、それで、病院に電話をして受診しました。（遅延群 ： ID5)」

「（乳房からの）出血がすごくひどくて、救急車で運ばれたんですよ。（遅延群 ： ID9)」

【取り巻く状況】

・遅延群

＜周りの人に迷惑をかけない状況にある＞

遅延者は、自分のことよりも他者や周囲との調和を優先していた。遅延者にとって周りの人に迷惑をかけない状況にあることは、受診に際して重要であった。

「仕事をやっていない時期だったし、子どももいなかったから、特に、時間縛られて大変っていうのもそんなになかったかな。・・・・もし、仕事をやり始めた時に、痛みがひどくなったりとかだったら、採用されたばっかりだから、休むってできるかなって考えたら、もう少し我慢していたかもしれない（遅延群 ： ID3)」

第５節　考察

本研究の目的は、女性乳がん患者の受診遅延の関連要素を質的分析により抽出することであった。遅延群と非遅延群との比較により要素を抽出した点は、本研究の特徴的な点である。以下、本研究で明らかになった知見について考察する。

１．受診に際する遅延群の阻害要素

インタビュー内容の質的分析の結果、遅延群と非遅延群の比較により【生活状況】が受診遅延と関連することが明らかになった。遅延群は＜目の前の生活を優先しなければならない＞状況に置かれていたために、受診が遅延していた。先行研究では、仕事や子育て、介護などの女性役割との兼ね合いで受診遅延が生じやすいことが報告されている（Gould et al., 2010; Khakbazan et al., 2014b; McEwan et al., 2014）。本研究により、女性は役割のみならず、生活の中で様々な心配事を抱えているが、遅延群にとっては乳房の異常よりも目の前の生活の方がより重要であったということが示された。対照的に、非遅延群は＜健康問題と

向き合える＞生活状況にあることで、早期受診に繋がっていた。

また、【状況の開示】が受診遅延の関連要素として抽出され、遅延群は＜乳房の異常について誰にも打ち明けない＞ことが明らかになった。先行研究において、症状を開示しないことは他者からの協力や情報が得られにくくなるため、遅延に結びつきやすいことが示されている(Burgess et al., 1998; Burgess et al., 2006; Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2011)。遅延者は、自分の状況を開示しなかった理由として、周囲に負担をかけたくなかったことや相談する人がいなかったことを挙げており、本研究により心配事や問題を一人で抱えこんでいた遅延群の実態を示すことができた。以上のことから、女性が生活上の心配事や問題を抱えている場合、家族をはじめ周囲の者は、心配事についてだけでなく身体的状態についても問いかけ、必要時、受診を促しサポートを提供する等、積極的な介入が受診遅延を予防するうえで有効であると考える。

さらに、質的分析の結果、遅延群からは＜不安や恐怖がある＞、非遅延群からは、＜不安や恐怖に対処する＞という対照的なサブカテゴリーが抽出され、【がんに対峙した不安・恐怖】が受診遅延と関連することが示された。不安や恐怖は受診の阻害要因として、先行研究で明らかにされてきたが(Facione, 1993a; Nosarti et al., 2000; Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2009; Gould et al., 2010; Khakbazan, Taghipour, Latifnejad Roudsari, et al., 2014; Khakbazan, Roudsari, et al., 2014)、本研究参加者のそれぞれの語りから、非遅延群は、すぐに気持ちを問題解決の方向に切り替えていたが、遅延群は不安や恐怖に対して回避的なコーピングをとっていたことが明らかになった。遅延群における受診の阻害要素として抽出された＜受診は面倒である＞といったサブカテゴリーについてみると、その根底には問題に対する不安や恐怖があり、回避的コーピングを用いることで、受診が先延ばしにされたことが推察される。これらの要素を考慮すると、女性が乳房の異常に気づいた際、早期に第 3 者が介入をすることで、早期受診を促すことができるかもしれない。

【医療機関と距離】があることは受診の阻害要素であった。調査を実施した沖縄県は離島を有する島嶼地域である。離島には乳がんの専門病院がなく、専門機関に行くまでに飛行機や船を利用しなければない。このような個人でコントロールできない地理的条件において、女性は時間や金銭的負担を含めた生活における多要因をマネジメントしなければならないことから、医療機関と物理的距離を有することは受診の阻害要素となっていた。また、物理的距離のみならず医療機関と心理的距離があることも受診の阻害要素であった。先行研究では、医師への遠慮(Jones et al., 2014)や男性医師に対する羞恥心(Facione, 1993a; Khakbazan, Taghipour, Latifnejad Roudsari, et al., 2014; Facione et al., 2000; Montazeri et al., 2003; McEwan et al., 2014; Khakbazan, Roudsari, et al., 2014) が医療機関との心理的距離を生む要因であると報告されている。特に、本研究において遅延群からは過去のヘルスケアでの不快な経験について語られた。一方で、非遅延群からは＜専門家を信頼し、受診により安心を得る＞という遅延群とは対照的なサブカテゴリーが抽出され、遅延群と非遅延群とでは、診察での医師とのコミュニケーションやそれに対する評価が異なる可能性について示唆された。また、一部の遅延者からは、手術をしたところで治るわけではないから、治療は選択せずに＜自然の流れに身を委ねたかった＞と語られ、このような【信念】の

背景には、西洋医療に抱く複雑な感情があるのではないかと推察された。以上のことからも、日頃の医療者と患者の関係性が受診行動と関連することが示唆された。

本研究では、遅延群から＜乳がんだと確信できないしこり以外の症状が出現する＞というサブカテゴリーが抽出され、【出現した症状】が受診遅延と関連することが明らかになった (Unger-Saldana & Infante-Castaneda, 2009; Khakbazan, Taghipour, Latifnejad Roudsari, et al., 2014)。その他、遅延群から＜乳がんにはならないという自信がある＞というサブカテゴリーが抽出され、【リスク解釈】についても受診遅延と関連することが明らかになった。リスク解釈に関する遅延群の語りの中で、乳がんに対する誤った認識も含まれていたことから、受診遅延は正しい知識の普及によって解決できるものもあると考えられる。

以上、本研究により、受診遅延の関連要素の具体的な内容が明らかになった。今後は、さらに調査を実施し、要素間の関連性を明らかにすることにより、どのような介入を行えば、より効果的な効果が期待できるかを明らかにしていくことが課題である。

２．受診に際する遅延群の促進要素

非遅延者のみならず、遅延者が受診に至った要素に着眼することは、受診遅延予防の看護援助を構築する上で重要である。

本研究において、【受診を後押しした他者の存在】が受診の促進要素として抽出された。遅延者・非遅延者ともに他者から得られた情報や直接的な促しが受診を動機づけていた。これは、先行研究と一致した結果であった(Gould et al., 2010; Taib et al., 2011; Khakbazan, Taghipour, Latifnejad Roudsari, et al., 2014; McEwan et al., 2014; Poum et al., 2014)。特に、アジア諸国では、患者は受診に際して周囲との調和を優先し、他者と共同して問題に対処する傾向がある(Obeidat, Homish, & Lally, 2013)。本研究でもアジア諸国と類似した結果が得られ、受診を促すうえで他者からの介入が重要であることが示された。

第６節　研究の限界

本研究の限界は、以下の 4 点である。

第 1 に、本研究は乳がん患者の受診遅延の関連要素を明らかにすることを目的に研究を実施したが、今回は対象者を沖縄の 2 地域の総合病院で治療を受けている患者に限定したことから、地域特性や患者背景において、データに偏りがあることが考えられる。

第 2 に、本研究は回顧的研究であるため、実際と対象者の記憶に差が生じている可能性が考えられる。

第 3 に、本研究の参加者は、最終的には医療機関を受診した参加者のみであるという点である。すなわち、受診に至っていない者は対象になっていない。しかし、特に重要なのは、そうした受診遅延の状況にあり、未だ受診に至っていない女性であると考える。

第 4 に、遅延、非遅延の定義を患者の認識に従って研究を実施したが、研究者および医療者がデータを分析した点である。少なからず、研究者や医療者の視点が影響した可能性も考えられる。

第７節　本章のまとめ

本研究では、遅延群 9 人、非遅延群 12 人のインタビューデータの比較を通して、受診遅延の関連要素を明らかにした。

その結果、以下のことが明らかになった。

1. 乳がん患者の受診遅延の関連要素（阻害要素・促進要素）として 11 カテゴリーが抽出された。そのうち阻害要素として【出現した症状】、【がんに対峙した不安・恐怖】、【生活状況】、【状況の開示】、【コーピング】、【信念】、【リスク解釈】、【医療機関との距離】の 8 カテゴリーが抽出された。促進要素として【受診を後押しした他者の存在】、【症状の悪化】、【取り巻く状況】の 3 カテゴリーが抽出された。
2. 乳がん患者の受診の阻害要素として、＜乳がんだと確信できないしこり以外の症状が出現する＞、＜不安や恐怖がある＞、＜目の前の生活を優先しなければならない＞、＜乳房の異常について誰にも打ち明けない＞、＜受診は面倒である＞、＜自然の流れに身を任せたい＞、＜乳がんにはならないという自信がある＞、＜医療機関と距離がある＞の 8 つのサブカテゴリーが抽出された。
3. 乳がん患者の受診の促進要素として、＜他者の介入が受診の迷いを断ち切る＞、＜症状が悪化する＞、＜周りに迷惑をかけない状況にある＞の 3 つのサブカテゴリーが抽出された。
4. 本研究において、身近な人による後押しは受診の促進要素であり、他者に状況を開示しないことは受診の阻害要素であったことから、受診に際して他者との相互作用が重要な要素であることが示された。
5. 本研究により、受診遅延の関連要素の具体的な内容が明らかになった。

第８章　研究総括

本研究は、乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにすることを目的として、量的研究によって受診遅延の関連要因の全体的傾向を捉え、質的研究では個々の経験からの受診の関連要素を抽出し、混合研究法のトライアンギュレーションデザインによって統合した。そこで、第 6 章の量的研究と第 7 章の質的研究の両方を行うことで理解を深めることができた点についていくつか言及する。

第１節　【研究１】量的研究の要約

【研究 1】では、女性乳がん患者の受診遅延の関連要因を検証することを目的に質問紙調査を実施した。なお、研究 1 では、客観的時間軸に基づき、乳房の異常に気づいてから受診までの期間が 3 ヶ月以上を「遅延」、3 ヶ月未満を「非遅延」と定義した。質問紙は、乳がん患者の受診行動に関連する要因をモデルで示した J-Delay モデル(Facione, 2002)を基盤に構成した。

調査の結果、291 人中 256 人の協力を得た（有効回答率 100%）。遅延群は全体の 23.8%を占めた。受診遅延の主な理由は、「何となく時間が過ぎた（40.7%）」、「仕事・子育て・介護などを優先した（37.3%）」、「時間的なゆとりがなかった（22.0%）」であった。また、乳房の異常に気づいてから受診までに 3 ヶ月以上の時間を要した遅延群はステージがⅢまたはⅣである者が多くを占め、非遅延群に比べて診断時のステージが高かった。

【研究 1】では、遅延群・非遅延群を従属変数、各項目を独立変数とした単変量解析を実施した。その結果、遅延群は非遅延群に比べて、年齢が若く、無職で世帯の年間年収が 300 万円未満の者が多く、学歴が低いという傾向が明らかになった。また、乳房の異常に気づいた際、遅延群も非遅延群と同様に乳がんを疑い、恐怖や不安を感じていたことが示された。さらに、遅延群は非遅延群と比べて、乳がん検診を定期的に受診していなかった者の割合が高く、自覚症状により乳房の異常に気づいた者が多かった。遅延群と非遅延群は、考え方や行動選択においても差異を認め、受診のきっかけについてみても、「自分の意思で行動した」と回答した者の割合は非遅延群に比べて低かった。遅延群は医療機関への受診に際して、「病院に行くことをためらう」などと感じている者が多く、総じて遅延群は非遅延群に比べて、医療機関と距離を感じている者が多かった。社会との関係性についてみても、遅延群は非遅延群に比べて、誰にも相談しなかった者の割合が高く、家族で健康問題に対処する力が弱いという結果が得られた。

以上、量的な分析により、遅延群の特徴的な全体的な傾向を把握することができた。

第２節　【研究２】質的研究の要約

【研究 2】では、乳がん患者の受診遅延の関連要素を抽出することを目的に女性乳がん患者 21 人（遅延群 9 人、非遅延群 12 人）に半構造化面接調査を実施し、質的に分析した。研究 2 では主観的時間軸に基づき、患者自身が乳房の異常に気づいてから受診までの期間について遅くなったと捉えている事象を「遅延」、すぐに受診したと捉えている事象を「非遅延」

と定義し、受診遅延の関連要素についての語りを得た。

分析の結果、乳がん患者の受診遅延の関連要素（阻害要素・促進要素）として 11 カテゴリーが抽出された。そのうち阻害要素として【出現した症状】、【がんに対峙した不安・恐怖】、【生活状況】、【状況の開示】、【コーピング】、【信念】、【リスク解釈】、【医療機関との距離】の 8 カテゴリーが抽出された。促進要素として【受診を後押しした他者の存在】、【症状の悪化】、【取り巻く状況】の 3 カテゴリーが抽出された。

第３節　量的研究と質的研究結果の統合

量的データと質的データを統合して得られた知見について J-Delay モデルの各概念に沿って下記に述べる（表 22）。

１．問題の認識

量的研究において、最初に出現した症状について尋ねたところ、遅延群ではしこり、非遅延群では症状の出現しない段階で早期に受診に至っていたことが明らかになった(p=0.004)。質的研究では、【出現した症状】について、遅延群からは＜乳がんだと確信できない症状が出現する＞、非遅延群からは＜しこりを見つける＞というサブカテゴリーが抽出された。量的研究と質的研究の結果を統合することによって、症状の出現の有無だけでなく、出現した症状の種類についても乳がんの受診遅延と関連することが示された。

その他、量的研究において、乳房の異常に気づいた際、遅延群も非遅延群と同じように乳がんを疑っていたことが明らかになった(p=0.65)。また、身近な人の乳がん経験の有無や(p=0.08)、ヘルスリテラシー(p=0.12～0.81)についても遅延群と非遅延では差を認めず、遅延群と非遅延群とでは乳がんに対する知識に差はないものと解釈できた。質的研究では、【リスク解釈】について遅延群からは＜自分は乳がんにはならないという自信がある＞、非遅延群からは＜乳がんになるかもしれない＞というサブカテゴリーが抽出された。量的研究と質的研究の結果を統合することによって、遅延群と非遅延群で知識に差はないものの、乳がんを自分にも起こり得る問題として捉えるか否かが受診に際して重要であることが明らかになった。これは、先行研究では明らかにはなっていない、遅延群と非遅延群を比較することで明らかになった新たな知見である。

２．情動反応

量的研究において、乳房の異常に気づいた際に恐怖や不安をどの程度感じたかについて、5 段階のリッカートスケールで質問したところ、遅延群、非遅延群ともに、同程度の恐怖や不安を有していたことが明らかになった(p=0.36, p=0.84)。

質的研究では、【がんに対峙した不安・恐怖】について、遅延群からは＜不安や恐怖がある＞、非遅延群からは＜不安や恐怖に対処する＞というサブカテゴリーが抽出された。

量的研究と質的研究の結果を統合することによって、女性が恐怖や不安に向き合い、前向きに対処するか否かが受診遅延と関連することが示された。この知見は、遅延群と非遅延群を比較したこと、混合研究法の採用により得られたこれまでの研究にはない、本研究により

始めて明らかになった知見である。

先の、問題の認識で明らかになった知見と合わせると、遅延群は乳がんを疑い、恐怖・不安を感じつつも否定を繰り返した結果、受診が先延ばしにされた可能性が推察される。

３．健康習慣

量的研究において、遅延群は非遅延群に比べて、乳がん検診、子宮がん検診を定期的に受診していない傾向が明らかになった（p=<0.001, p=<0.001）。

質的研究の乳腺外科受診までのプロセスを見ても、遅延群の全員が乳がん検診を受診した経験がなく、非遅延群では、全員が定期、不定期で乳がん検診を受診していた（表 19・表 20）。

量的研究と質的研究において一致する結果が得られ、日頃のがん検診の受診状況は受診遅延に関連する重要な要因であることが示された。本研究で得られた知見は、これまでの先行研究で得られた知見と一致するものであり（Marlow et al, 2014）、本研究により、日頃のがん検診受診状況と受診遅延の関連をより強固なものとして示すことが出来たと考える。

４．信念

量的研究において、遅延群と非遅延群とでは、受診に対する考え方や行動選択に違いがあることが明らかになった（p=<0.001）。具体的には、遅延群は非遅延群に比べて「悪いことは考えたくなかったので乳房の異常について放っておいた（p<0.001）」、「乳房の異常について何でもないと思った（p=0.013）」、「できるだけ病院には受診をしたくないと思った（p<0.001）」、「すぐに受診をする必要があるとは思いもしなかった（p<0.001）」などと考える傾向にあり、米国で実施された研究と一致する遅延者の考え方の特徴が明らかになった（Facione et al, 2002）。なお、本研究では日本語版 J-Delay 尺度を使用することにより、日本人遅延者の特徴的な考え方として、「できるだけ受診はせずに、自然の流れに身を任せたかった（p<0.001）」、「周りの人に迷惑をかけると思い、受診をためらった（p<0.001）」などと考える傾向を示すことができた。

質的研究では、遅延群からは＜受診は面倒である＞、＜自然の流れに身を委ねる＞、非遅延群からは＜問題として捉え、主体的に取り組む＞というサブカテゴリーが抽出された。

量的研究と質的研究の結果を統合することによって、遅延群は回避的なコーピングを、非遅延群は問題解決的なコーピングをとる傾向にあり、受診に際して考え方や行動選択に違いがあることが示された。

５．医療機関との距離

量的研究において、遅延群は非遅延群に比べて、医療機関と心理的、物理的距離を感じている傾向にあった（p=<0.001～p=0.019）。

質的研究では、【医療機関との距離】について、遅延群からは＜医療機関と距離がある＞、非遅延群からは＜専門家を信頼し、受診をすることで安心を得る＞というサブカテゴ

リーが抽出された。量的研究においては、居住地と受診遅延の関連は認められなかったが、遅延群から、離島には専門医がないために乳房の異常に気づいても受診をしていなかったことが語られた。また、過去の医療機関での不快な経験が受診を躊躇する要素となったことが語られ、遅延群と非遅延群とでは診察での医師とのコミュニケーションやそれに対する評価が異なる可能性について示された。

量的研究と質的研究において一致する結果が得られ、遅延群と非遅延群とでは、医療に対する認識が対照的であることが明らかになり、遅延群は、医療機関と物理的・心理的距離を感じていることが示された。本研究で得られた知見は、これまでの先行研究で得られた知見と一致するものであり（Jones et al, 2014）、本研究により、医療機関との距離と受診遅延の関連をより強固なものとして示すことが出来たと考える。

６．社会との関係性

量的研究において、遅延群は非遅延群に比べて乳房の異常に気づいた際に誰にも相談をしなかった者の割合が高かった（p=0.011）。相談をしたと回答した者の相談相手についてみると、遅延群は非遅延群に比べて、友人・知人に相談した者の割合が高く（p=0.006）、非遅延群は遅延群に比べて家族に相談した者の割合が高かった（p=0.006）。また、健康問題が生じた際の家族で問題を解決しようとする力を測定した簡易版家族生活力量アセスメントスケールの結果を見ると遅延群は非遅延群に比べてその力量は弱かった（p<0.001）。

質的研究では、【状況の開示】について、遅延群からは＜乳房の異常について誰にも打ち明けない＞、非遅延群からは＜乳房の異常について身近な者に打ち明け、友人・知人から情報を得る＞というサブカテゴリーが抽出された。そして、遅延群の語りから、自分の状況について１人で抱え込んでいたことが明らかになった。一方で、非遅延群は、すぐに配偶者など身近な者に乳房の異常について打ち明け、これまでの人生で構築してきた人間関係および人的資源を活用することで、様々な情報やサポートを得ることで早期受診に繋がっていた。

量的研究と質的研究の結果を統合することによって、乳房の異常に気づいたらすぐに身近な者に状況を開示し、サポートを得ることが受診に際して重要であることが示された。

本研究では本邦の心理社会的特徴を考慮し（山口, 2003）、社会との関係性について「症状開示」、「ソーシャルサポート」、「他者からの承認」の３つの視点で捉えた(Taib et al., 2011)。その結果、身近な者に乳房の異常について打ち明け、孤立しない状況を作ることが重要であることが明らかになった。この知見は、先行研究にはない本研究により導き出された新たな知見であり、本研究から得られた特徴的な受診遅延の関連要因であると考える。

以上の知見が得られたのは、混合研究法の採用によるものが大きいためだと考える。

第４節　看護への示唆

１．理論的示唆

本研究では、乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにした本邦で初めてと言っていい研究である。そこで、本研究では、米国で開発され、先行研究でも数多く用いられている J-Delay モデルを研究の中核となる理論的視座とした。そして、本邦の社会文化的背景を考慮するために、アジア諸国で開発された心理社会文化モデルの「症状開示」、「ソーシャルサポート」、「他者からの承認」の考え方を追加し、研究の枠組みを構成した（図 4)。本枠組みを用いて得られた結果は、J-Delay モデルのいずれかの概念に分類され、身近な者との相互作用が受診に際して重要であるという特徴を示すことができた。以上のことから、J-Delay モデルは本邦においても適応可能であることが示され、本研究によりモデルの堅牢性を示すことが出来たと考える。

２．研究的示唆

本研究を通して得られた研究的示唆として、2 点について言及する。

第 1 に、混合研究法という新しい研究方法が、受診遅延に関連する複雑な状況を実証的に捉える方法であることを示した点である。本研究では混合研究法を用いることで、質的データと量的データが相互に補完し合い、乳がん患者の受診遅延の関連要因を包括的な視点で強固に示すことができた。また、客観的時間の視点と主観的時間の視点の両面から理解を必要とする受診遅延についても、複雑な現実を実証的に捉えることを可能にした点で混合研究法は有効な研究方法であったと考える。

第 2 に、本研究で明らかになった受診遅延の関連要因を基盤として、本邦で適応可能な受診遅延を予防する看護介入の方法に発展させていくという次の課題に繋げることができた点である。具体的には、本研究で開発した日本語版 J-Delay 尺度を用いて受診遅延ハイリスク者のスクリーニングし、相談者の存在を介入の糸口とした研究へ展開させることが今後の展望である。

３．実践的示唆

本研究により、乳がん患者の受診遅延の要因について包括的に明らかにすることができた。本研究で明らかになった知見を医療職者が知り、その知識を基にハイリスク者をアセスメントすることは、受診遅延を早期に予防できる介入に繋がるものと考える。今後の展望として、まずは、受診遅延に関する勉強会の開催などを実施し、受診遅延に関する認識および知識の普及が必要であると考える。

第５節　研究の限界

本研究の量的研究、質的研究の見地からの限界はそれぞれ第 6 章と第 7 章において述べてきた。ここでは、研究全体についての限界と課題の 3 点について言及する。

第 1 に、混合研究法において、同一対象者に量的研究および質的研究を実施することについて明確なコンセンサスは存在していないが、異なる個人に調査を実施することは、デ

ータの収斂、比較をすることが困難であるとされている（Creswell. J.W.ら, 2010, p132）。しかし、本研究では、患者負担を考慮し、量的研究と質的研究とで異なる対象者に調査を実施した。

第 2 に、量的研究、質的研究のいずれにおいてもサンプルによる限界があることである。本研究は、本邦の心理社会的特徴を考慮した受診遅延の関連要因を明らかにすることを目的に実施したが、沖縄県の一部の地域で実施した調査から得られた結果である。今後はさらに研究の対象を拡大して、本邦の乳がん患者の受診遅延の特徴について明らかにする必要がある。

第 3 に、本研究は主観的時間と客観的時間の両方の視点から受診遅延を捉え調査を行ったが、主観的時間は人々の暮らしとともに存在しており、文化や都市部・農村部などの地域によっても時間世界は異なるとされている（Edward, 2001, p21-38; 内山, 2014）。本研究は、沖縄県の一部の地域に限られた調査である。とりわけ、沖縄県には沖縄タイムという約束の時間を守らない、遅れてもお互いに気にしないという時間感覚を表す用語もあり（大城, 2000）、時間に対する感覚が日本の他地域と異なる可能性が考えられる。今後はさらに研究の対象を拡大して、受診遅延者の主観的時間の概念について深める必要がある。

第 4 に、量的研究、質的研究のいずれも研究協力の同意が得られた方のみを対象としている点である。乳房の異常に気づきつつも、未だ受診に至っていない女性の方が、より受診遅延の現状を反映していると考えられる。

以上、本研究で明らかになったことを理解する上では、この点を十分に考慮しなければならない。しかし、上記の限界はありながらも、本研究は本邦で初めてと言える乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにした研究であり、その意義は少なくないと考える。

第９章　結論

乳がん患者の受診遅延に関連する要因として、乳房の異常に対する問題の認識、不安や恐怖等の情動反応、がん検診の受診状況、受診遅延に至りやすい考え方・行動選択、医療機関との物理的・心理的距離が挙げられた。本研究で得られた知見のなかでも、状況の開示と家族や友人・知人からのサポートが特徴的な受診遅延の関連要因であった。今後はこれらの知見を基盤に受診遅延を予防する看護支援の開発を目指し、介入研究に発展させていくことが必要である。

引用文献

Alhurishi, S., Lim, J. N., Potrata, B., & West, R. (2011). Factors influencing late presentation for breast cancer in the middle East: a systematic review. Asian Pac J Cancer Prev, 12(6), 1597-1600.

Andersen, B. L., & Cacioppo, J. T. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. Br J Soc Psychol, 34 (Pt 1), 33-52.

Arndt, V., Sturmer, T., Stegmaier, C., Ziegler, H., Dhom, G., & Brenner, H. (2002). Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany -- a population based study. Br J Cancer, 86(7), 1034-1040. doi: 10.1038/sj.bjc.6600209

Barber, M. D., Jack, W., & Dixon, J. M. (2004). Diagnostic delay in breast cancer. Br J Surg, 91(1), 49-53. doi: 10.1002/bjs.4436

Bish, A., Ramirez, A., Burgess, C., & Hunter, M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. J Psychosom Res, 58(4), 321-326. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.10.007

Burgess, C. C., Potts, H. W., Hamed, H., Bish, A. M., Hunter, M. S., Richards, M. A., & Ramirez, A. J. (2006). Why do older women delay presentation with breast cancer symptoms? Psychooncology, 15(11), 962-968. doi: 10.1002/pon.1030

Burgess, C. C., Ramirez, A. J., Richards, M. A., & Love, S. B. (1998). Who and what influences delayed presentation in breast cancer? Br J Cancer, 77(8), 1343-1348.

Cancer Research UK. (2007-2008). Cancer Awareness Measure (CAM) Toolkit (version 2.1). Retrived from http://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/health_professional_cancer_awareness_measure_toolkit_version_2.1_09.02.11.pdf

Carter-Harris, L., Hermann, C. P., Schreiber, J., Weaver, M. T., & Rawl, S. M. (2014). Lung cancer stigma predicts timing of medical help-seeking behavior. Oncol Nurs Forum, 41(3), E203-210. doi: 10.1188/14.onf.e203-e210

Chang, H. J., Chen, W. X., Lin, E. C., Tung, Y. Y., Fetzer, S., & Lin, M. F. (2014). Delay in seeking medical evaluations and predictors of self-efficacy among women with newly diagnosed breast cancer: a longitudinal study. 51(7), 1036-1047. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.024

Creswell J. W. (1994/ 2007). 操華子, 森岡崇 訳. 研究デザインー質的・量的・そしてミックス法, 日本看護協会出版会, 東京.

Creswell J. W., Plano C.V. (2010). 大谷順子 訳. 人間科学のための混合研究法 質的・量的アプローチをつなぐ研究デザイン, 北大路書房, 京都.

Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures.

Lancet Oncol, 5(2), 119-124. doi: 10.1016/s1470-2045(04)01386-5

Division of Social and Transcultural Psychiatry. (2006). Translated Versions of the MINI (Japanese). Retrieved from https://www.mcgill.ca/tcpsych/research/cmhru/mini

Edward T. Hall. (1959/2001). 國弘正雄, 長井善見, 斉藤美津子(訳), 沈黙のことば（46刷）, 21-38, 南雲堂, 東京.

Evans, J., Ziebland, S., & McPherson, A. (2007). Minimizing delays in ovarian cancer diagnosis: an expansion of Andersen's model of 'total patient delay'. Fam Pract, 24(1), 48-55. doi: 10.1093/fampra/cml063

Facione, N. C. (1993a). Delay versus help seeking for breast cancer symptoms: a critical review of the literature on patient and provider delay. Soc Sci Med, 36(12), 1521-1534.

Facione, N. C. (1993b).The Triandis model for the study of health and illness behavior: A social behavior theory with sensitivity to diversity. Adv Nurs Sci, 15(3), 49-58.

Facione, N. C. (2002). The J-Delay scale: a measure of the likelihood of patient delay in breast cancer. Res Theory Nurs Pract, 16(2), 103-118.

Facione, N. C., & Facione, P. A. (2006). The cognitive structuring of patient delay in breast cancer. Soc Sci Med, 63(12), 3137-3149. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.08.014

Facione, N. C., Giancarlo, C., & Chan, L. (2000). Perceived risk and help-seeking behavior for breast cancer. A Chinese-American perspective. Cancer Nurs, 23(4), 258-267.

Facione, N. C., Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Paul, S. M. (2002). The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer: new thoughts for early detection. Prev Med, 34(4), 397-407. doi: 10.1006/pmed.2001.0998

Forster, A. S., Forbes, L. J., Abraham, C., Warburton, F. G., Douglas, E., & Ramirez, A. J. (2014). Promoting early presentation of breast cancer: a preliminary evaluation of a written intervention. Chronic. Illn., 10(1), 18–30.

Fitzpatrick, J. J., & McCarthy. G. (2014). Theories guiding nursing research and practice. In O'Mahony, M (Chapter8.), The Judgment to Delay Model (pp125-139). NY: Springer publishing company.

Granek, L., & Fergus, K. (2012). Resistance, agency, and liminality in women's accounts of symptom appraisal and help-seeking upon discovery of a breast irregularity, Soc. Sci. Med., 75(10), 1753–1761.

Grunfeld, E. A., & Kohli, N. (2010). Beliefs about breast cancer and help-seeking intentions for the disease among women in India. Women Health., 50(4), 327–341.

Grunfeld, E. A., Hunter, M. S., Ramirez, A. J., & Richards, M. A. (2003). Perceptions of

breast cancer across the lifespan. J. Psychosom. Res., 54(2), 141–146.

Grunfeld, E. A., Ramirez, A. J., Hunter, M. S., & Richards, M. A. (2002). Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. Br. J. Cancer., 86(9), 1373–1378.

Gates, M. F., Lackey, N. R., & Brown, G. (2001). Caring demands and delay in seeking care in African American women newly diagnosed with breast cancer: an ethnographic, photographic study. Oncol Nurs Forum, 28(3), 529-537.

Gould, J., Fitzgerald, B., Fergus, K., Clemons, M., & Baig, F. (2010). Why women delay seeking assistance for locally advanced breast cancer. Can Oncol Nurs J, 20(1), 23-29.

Gyenwali, D., Pariyar, J., & Onta, S. R. (2013). Factors associated with late diagnosis of cervical cancer in Nepal. Asian Pac J Cancer Prev, 14(7), 4373-4377.

Hajdarevic, S. (2012). Patient and health care delays in malignant melanoma (Doctoral dissertation, Umea University). Retrieved from http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:523696/FULLTEXT01.pdf

ホロウェイ，ウィーラー. (1996/ 2000). 野口美和子監訳. ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで 第 2 版 2 刷, 医学書院, 東京.

Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. Diabetes Care, 31(5), 874-879. doi: 10.2337/dc07-1932

Iskandarsyah, A., de Klerk, C., Suardi, D. R., Soemitro, M. P., Sadarjoen, S. S., & Passchier, J. (2014). Psychosocial and cultural reasons for delay in seeking help and nonadherence to treatment in Indonesian women with breast cancer: a qualitative study. Health Psychol, 33(3), 214-221. doi: 10.1037/a0031060

石川ひろの. (2011). 疾患対策をめぐるヘルスコミュニケーション ヘルスコミュニケーションとヘルスリテラシー. 保健医療社会学論集, 22(特別), 23.

Jacqueline F. (1993/ 2008). 太田喜久子, 筒井真優美訳. フォーセット看護理論の分析と評価 新訂版, 医学書院, 東京.

Jones, C. E., Maben, J., Jack, R. H., Davies, E. A., Forbes, L. J., Lucas, G., & Ream, E. (2014). A systematic review of barriers to early presentation and diagnosis with breast cancer among black women. BMJ Open, 4(2), e004076. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004076

加藤清司., 菅野聖子. (2009). がん検診の受診率に影響を及ぼす要因の検討－只見町健康調査 2003 年から－. 福島県立医科大学看護学部紀要(11), 29-37.

加藤由希子., 有本梓., 島村珠枝., 村嶋幸代. (2012). 自覚症状のある肺結核患者の受診の遅れとその特徴. 日本公衆衛生雑誌, 59(4), 251-258.

家族ケア研究会. (2002). 家族生活力量モデル アセスメントスケールの活用法. 東京, 医学書院.

川上憂子. (2009). あなたと乳がんとわたし　乳房の異常に気づいた時点から受診に至るま

でのプロセス. 月刊ナーシング, 29（8）, 54-63.

Khakbazan, Z., Roudsari, R. L., Taghipour, A., Mohammadi, E., & Pour, R. O. (2014a). Appraisal of breast cancer symptoms by Iranian women: entangled cognitive, emotional and socio-cultural responses. Asian Pac J Cancer Prev, 15(19), 8135-8142.

Khakbazan, Z., Taghipour, A., Latifnejad Roudsari, R., & Mohammadi, E. (2014b). Help seeking behavior of women with self-discovered breast cancer symptoms: a meta-ethnographic synthesis of patient delay. PLoS One, 9(12), e110262. doi: 10.1371/journal.pone.0110262

Khakbazan, Z., Taghipour, A., Roudsari, R. L., Mohammadi, E., & Omranipour, R. (2014c). Delayed presentation of self-discovered breast cancer symptoms in Iranian women: a qualitative study. Asian Pac J Cancer Prev, 15(21), 9427-9432.

厚生労働省.(2016 年 11 月 15 日現在). がん対策情報. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html

国立がんセンターがん対策情報センター. (2016 年 11 月 15 日現在）. がん情報サービス. http://ganjoho.jp/public/index.html

Lam, W. W., Tsuchiya, M., Chan, M., Chan, S. W., Or, A., & Fielding, R. (2009). Help-seeking patterns in Chinese women with symptoms of breast disease: a qualitative study. J Public Health (Oxf), 31(1), 59-68. doi: 10.1093/pubmed/fdn088

Lim, J. N. (2011). Empirical comparisons of patient delay and help seeking models for breast cancer: fitness of models for use and generalisation. Asian Pac J Cancer Prev, 12(6), 1589-1595.

Linsell L., Burgess C. C., & Ramirez A. J. (2008). Breast cancer awareness among older women. Br. J. Cancer, 99(8), 1221–1225.

Lu, M. H., Lin, H. R., & Lee, M. D. (2010). The experiences among older Taiwanese women facing a new diagnosis of breast cancer. Cancer Nurs, 33(5), 398-405. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181d72c45

Manly-Lampkin S. D. (2003). Understanding Delay in Breast Cancer Diagnosis and the Breast Cancer Illness Experience of Culturally Diverse Young Women (Doctoral dissertation, University of California San Francisco).

Malik, I. A., & Gopalan, S. (2003). Use of CAM results in delay in seeking medical advice for breast cancer. Eur J Epidemiol, 18(8), 817-822.

Mackay, H. M., Ratner, A. P., Nguyen, M., Percy, M., Galdas, P., Grunau, G. (2014). Inconsist measurement of acute coronary syndrone patients' prehospital delay in research: A review of the literature. European Journal of Cardiovascular Nursing, 1-11.

Marlow, L. A., McGregor, L. M., Nazroo, J. Y., & Wardle, J. (2014). Facilitators and

barriers to help-seeking for breast and cervical cancer symptoms: a qualitative study with an ethnically diverse sample in London. Psychooncology, 23(7), 749-757. doi: 10.1002/pon.3464

McEwan, J., Underwood, C., & Corbex, M. (2014). "Injustice! That is the cause": a qualitative study of the social, economic, and structural determinants of late diagnosis and treatment of breast cancer in egypt. Cancer Nurs, 37(6), 468-475. doi: 10.1097/ncc.0000000000000118

Meechan G., Collins J., & Petrie K. (2002). Delay in seeking medical care for self-detected breast symptoms in New Zealand women. N. Z. Med. J., 115(1166), U257.

Montazeri, A., Ebrahimi, M., Mehrdad, N., Ansari, M., & Sajadian, A. (2003). Delayed presentation in breast cancer: a study in Iranian women. BMC Womens Health, 3(1), 4. doi: 10.1186/1472-6874-3-4

Norsa'adah, B., Rahmah, M. A., Rampal, K. G., & Knight, A. (2012). Understanding barriers to Malaysian women with breast cancer seeking help. Asian Pac J Cancer Prev, 13(8), 3723-3730.

宗像恒次. (1996). 最新 行動科学からみた健康と病気. 東京, メジカルフレンド社.

森彩乃., 神里みどり. (2016). 小離島におけるがん患者・家族および医療従事者のニーズによる支援マップの作成. 沖縄県立看護大学紀要(17), 61-77.

中原睦美. (2002). 受診が著しく遅延した重症局所進行乳癌患者の心理社会的背景の検討依存のあり方と居場所感をめぐって. 心理臨床学研究, 20(1), 52-63.

中島信久., 秦温信., 松岡伸一., 伊藤東一., 横山良司., 本多昌平., . . . 佐野文男. (2004). 局所進行乳癌(T4 乳癌)患者における受診遅延の背景と治療上の問題点に関する心理社会的検討. 緩和医療学, 6(3), 245-250.

Nosarti, C., Crayford, T., Roberts, J. V., Elias, E., McKenzie, K., & David, A. S. (2000). Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic: patient and system factors. Br J Cancer, 82(3), 742-748. doi: 10.1054/bjoc.1999.0990

NPO 法人健康と病いの語りディペックス・ジャパン. （2015 年 5 月 31 日現在）. 異常の発見 Archives―乳がんの語り.
http://www.dipex-j.org/breastcancer/topic/discovery/hakken

日本乳癌学会. (2015 年 5 月 31 日現在）. 全国乳がん患者登録調査報告 2011 年次症例.
http://www.jbcs.gr.jp/people/nenjihoukoku/2010nenji.pdf

O'Mahony, M., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2011). Women's help seeking behaviour for self discovered breast cancer symptoms. Eur J Oncol Nurs, 15(5), 410-418. doi: 10.1016/j.ejon.2010.10.011

O'Mahony, M., McCarthy, G., Corcoran, P., & Hegarty, J. (2013). Shedding light on women's help seeking behaviour for self discovered breast symptoms. Eur J Oncol Nurs, 17(5), 632-639. doi: 10.1016/j.ejon.2013.03.012

O'Mahony M., & Hegarty J. (2009). Factors influencing women in seeking help from a

health care professional on self discovery of a breast symptom, in an Irish context. J. Clin. Nurs., 18(14).

Obeidat, R. F., Homish, G. G., & Lally, R. M. (2013). Shared decision making among individuals with cancer in non-Western cultures: a literature review. Oncol Nurs Forum, 40(5), 454-463. doi: 10.1188/13.onf.454-463

岡谷惠子, 河口てる子.(1996). 尺度・測定用具開発のプロセス, および日本語版作成（日本語訳）の手順. 日本看護科学学会誌, 16(1), 21-27.

沖縄県保健医療部保健医療政策課（2014）. 沖縄県保健医療計画（第 6 次）http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/hokeniryo/imu/documents/hokeniryoukeikaku.pdf

沖縄県企画部統計課(2016). 平 成 25 年 度 沖縄県市町村民所得 http://www.pref.okinawa.jp/toukeika/ctv/2016/H25_okinawakenshithousonminsyotoku.pdf

大城和喜.(2000). テーゲーと沖縄タイム, 「沖縄を知る事典」編集委員会, 沖縄を知る事典, 212, 日外アソシエーツ株式会社, 東京.

大城真理子., 神里みどり.(2015). 乳がんの受診遅延に関する文献検討. 沖縄県立看護大学紀要(16), 109-116.

大城真理子., 神里みどり.(2016a). 乳がん患者における受診遅延の関連要因を検証する質問紙の評価　パイロットスタディ. 沖縄県立看護大学紀要(17), 117-126.

大城真理子., 神里みどり.(2016b).乳がん患者の受診遅延の概念分析. 日本看護科学学会誌(36), 34-40.

大城真理子., 神里みどり.(in Press). 乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにするためのパイロットスタディ（第 2 報）. 沖縄県立看護大学紀要(18).

Oshiro M., Kamizato M. (in Press). Patient's help-seeking experiences and delay in breast cancer: A qualitative study. Japan Journal of Nursing Science.

大島明., 松下博江., 赤田由子., 三木信夫., 河島輝明., 山崎秀男.(2003). 「平成 12 年度老人保健事業報告」からみたわが国におけるがん検診の問題点. 厚生の指標, 50(3), 14-20.

Parsa, P., Kandiah, M., Abdul Rahman, H., & Zulkefli, N. M. (2006). Barriers for breast cancer screening among Asian women: a mini literature review. Asian Pac J Cancer Prev, 7(4), 509-514.

Pedersen, A. E., Hack, T. F., McClement, S. E., & Taylor-Brown, J. (2014). An exploration of the patient navigator role: perspectives of younger women with breast cancer. Oncol Nurs Forum, 41(1), 77-88. doi: 10.1188/14.onf.77-88

Poum, A., Promthet, S., Duffy, S. W., & Parkin, D. M. (2014). Factors associated with delayed diagnosis of breast cancer in northeast Thailand. J Epidemiol, 24(2), 102-108.

プラニー リィアムプットーン.(2010/ 2012)木原雅子, 木原正博訳. 現代の医学的研究方法

質的・量的方法 ミックスメソッド EBP 第 1 版, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京.

Quaife, S. L., Forbes, L. J., Ramirez, A. J., Brain, K. E., Donnelly, C., Simon, A. E., & Wardle, J. (2014). Recognition of cancer warning signs and anticipated delay in help-seeking in a population sample of adults in the UK. Br J Cancer, 110(1), 12-18. doi: 10.1038/bjc.2013.684

Ramirez, A. J., Westcombe, A. M., Burgess, C. C., Sutton, S., Littlejohns, P., & Richards, M. A. (1999). Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. Lancet, 353(9159), 1127-1131.

Richards, M. A., Westcombe, A. M., Love, S. B., Littlejohns, P., & Ramirez, A. J. (1999). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. Lancet, 353(9159), 1119-1126.

Rogers B. L. (2000). Concept Development in Nursing Foundations, Techniques, and Applications (2nd ed), 77 – 102, Saunders, Philadelphia.

佐藤（佐久間）りか，和田恵美子（2008）.「患者の語りデータベース」を活用した医療コミュニケーションの試み， 科学技術コミュニケーション， (3), 89-100.

下中弘（1997）. 哲学事典（初版第 26 刷），565-566，平凡社，東京.

Sainsbury, R., Johnston, C., & Haward, B. (1999). Effect on survival of delays in referral of patients with breast-cancer symptoms: a retrospective analysis. Lancet, 353(9159), 1132-1135.

Smith, L. K., Pope, C., & Botha, J. L. (2005). Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. Lancet, 366(9488), 825-831. doi: 10.1016/s0140-6736(05)67030-4

Stack, R. J., Mallen, C. D., Deighton, C., Kiely, P., Shaw, K. L., Booth, A., . . . Raza, K. (2015). The development and initial validation of a questionnaire to measure help-seeking behaviour in patients with new onset rheumatoid arthritis. Health Expect, 18(6), 2340-2355. doi: 10.1111/hex.12203

Stephen, B. Hully., Steven, R. Cumming., Warren, S. Browner., Deborah, G. Grody & Thomas, B. Newman. (1997/ 2010). 木原雅子，木原正博（訳），医学的研究のデザイン 第 3 版 研究の質を高める疫学的アプローチ. p532, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京.

Taib, N. A., Yip, C. H., & Low, W. Y. (2011). Recognising symptoms of breast cancer as a reason for delayed presentation in Asian women--the psycho-socio-cultural model for breast symptom appraisal: opportunities for intervention. Asian Pac J Cancer Prev, 12(6), 1601-1608.

Tamaki, K., Tamaki, N., Kamada, Y., Uehara, K., Zaha, H., Onomura, M., . . . Ishida, T. (2015). Can we improve breast cancer mortality in Okinawa? Consensus of the 7th Okinawa Breast Oncology Meeting. Tohoku J Exp Med, 235(2), 111-115. doi:

10.1620/tjem.235.111
田中宏和., 片野田耕太. (2015). 入院がん患者の地理的な受療行動　二次医療圏とがん診療連携拠点病院に着目した分析. 日本公衆衛生雑誌, 62(12), 719-728.
Thongsuksai P., Chongsuvivatwong V., & Sriplung H. (2000). Delay in breast cancer care: a study in Thai women. Med. Care, 38(1), 108–114.
Triandis, H. C. (1980). Values, attitudes, and interpersonal behavior. Nebr Symp Motiv, 27, 195-259.
内山節（2014）. 時間についての十二章　哲学における時間の問題（第 4 刷）, 岩波書店, 東京.
Unger-Saldana, K., & Infante-Castaneda, C. (2009). Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. Salud Publica Mex, 51 Suppl 2, s270-285.
Unger-Saldana, K., & Infante-Castaneda, C. B. (2011). Breast cancer delay: a grounded model of help-seeking behaviour. Soc Sci Med, 72(7), 1096-1104. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.022
Unger-Saldana, K., Pelaez-Ballestas, I., & Infante-Castaneda, C. (2012). Development and validation of a questionnaire to assess delay in treatment for breast cancer. BMC Cancer, 12, 626. doi: 10.1186/1471-2407-12-626
Wool M. S. (1986). Extreme denial in breast cancer patients and capacity for object relations, Psychother. Psychosom., 46(4), 196–204.
山口勧（2003）. 心理社会学 アジアからのアプローチ（初版）, 東京大学出版会, 東京.
Young J. T. (2004). Illness behaviour: a selective review and synthesis. Sociology of Health & Illness., 26(1), 1-31.

謝辞

本博士論文は、沖縄県立看護大学大学大学院保健看護学研究科博士後期課程在籍中に沢山の方々の協力を得て完成に至りました。

本研究を進めるにあたって、自らの経験を語り、多くの貴重な研究データとご示唆を提供して下さった患者様に心より感謝申し上げます。皆さまの「自分の経験を他の女性のために役立てたい」という思いと、前向きな姿勢から研究以上に、生きる上での大事なことを学ばせて頂きました。そして、皆様から頂いた温かいメッセージや思いが、この研究を完成させて形にしなければならないという一番の原動力になりました。

また、ご多忙な中、快く調査を引き受けていただき、終始惜しみないご協力を下さいました患者会の皆様、各病院の方々には、厚く御礼申し上げます。沖縄県の乳がん医療を良くしようと尽力されている皆様の姿勢から、仕事とは人のためにするものなのだということを改めて学ばせて頂きました。そして、皆様の豊かな経験から頂いたご助言は博士論文を作り上げていく上で、大変、参考になりました。お忙しい中にも関わらず、時間を割いてご協力頂き、本当にありがとうございました。

何よりも、博士論文の最初から最後まで、数多くの助言とサポートを賜り、熱心に導いて下さった指導教員の神里みどり教授には言葉では言い尽くせないほどの感謝の気持ちでいっぱいです。看護研究者としてのあるべき姿を、先生の日頃の研究に取り組む姿勢や人となりから学ばせて頂きました。研究が上手く行かない時には共に悩み示唆を与えて下さり、研究が順調な際には自分のことのように喜んで下さる尊敬すべき師に巡り会うことが出来たことは非常に幸運でした。初めて先生にお会いした時から、終始変わりない温かさでご指導を頂けたからこそ、学会発表や論文投稿など研究者に必要な多くの経験を積むことが出来たのだと思います。先生に対する感謝の念は褪せることはありません。

この論文を執筆するにあたり、多くの先生方からご指導をいただきました。特に、副査でご指導を賜った金城芳秀教授からは、研究者としての鋭い視点や幅広い視野のみならず、研究の楽しさを学ぶことが出来ました。そして、柔軟で温かい人柄を通して、人と人とのつながりから研究が発展していくものなのだということも学ばせて頂きました。また、副査でご指導を賜った大湾明美教授からのご指導は、研究者としての専門性を常に意識することの重要性と、その指摘の鋭さにはっとさせられ、もっと視野を広げなければならないと知的刺激を受けた、とても貴重な時間でした。ありがとうございました。

そして、この大学院生生活の 3 年間で出会い多くの時間を共に過ごした大学院生の皆様に心より感謝申し上げます。皆様のおかげで楽しく研究に取り組むことが出来ました。そして、さまざまな状況下で学び続ける姿勢や、多様な価値観に触れることが出来、豊かで笑い多き時間を過ごすことが出来ました。大学院で巡り会えた縁をこれからも大事にしていきたいと思います。

本研究は、第 25 回（平成 27 年度）公益信託 山路ふみ子専門看護教育研究助成基金、平成 28 年度公益財団法人 政策医療振興財団研究助成、平成 28 年度金城芳子基金による研究助成のお陰で実施することが出来ました。贈呈式等の交流の場では、世の中の発展の

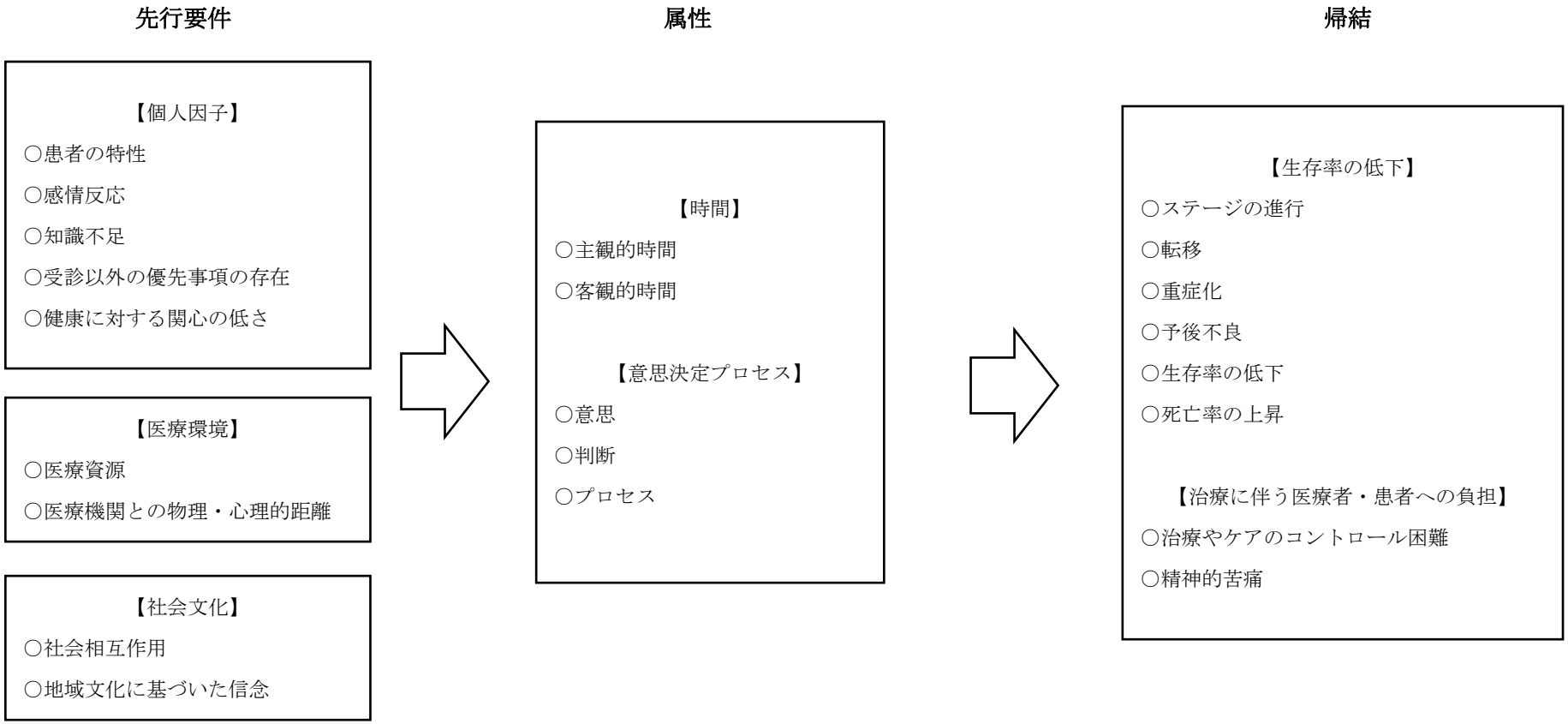
ために私財を資して下さった方の善意と多くの方の熱意の上に研究助成が成り立っていることを学ばせていただきました。謹んで感謝申し上げます。

最後に、この論文は、家族、友人の支えなくしては書き上げることはできませんでした。

皆様、本当にありがとうございました。

平成 29 年 2 月 26 日

大城真理子



【　　】: カテゴリー　　○: サブカテゴリー

図１　受診遅延概念の先行要件・属性・帰結の関連

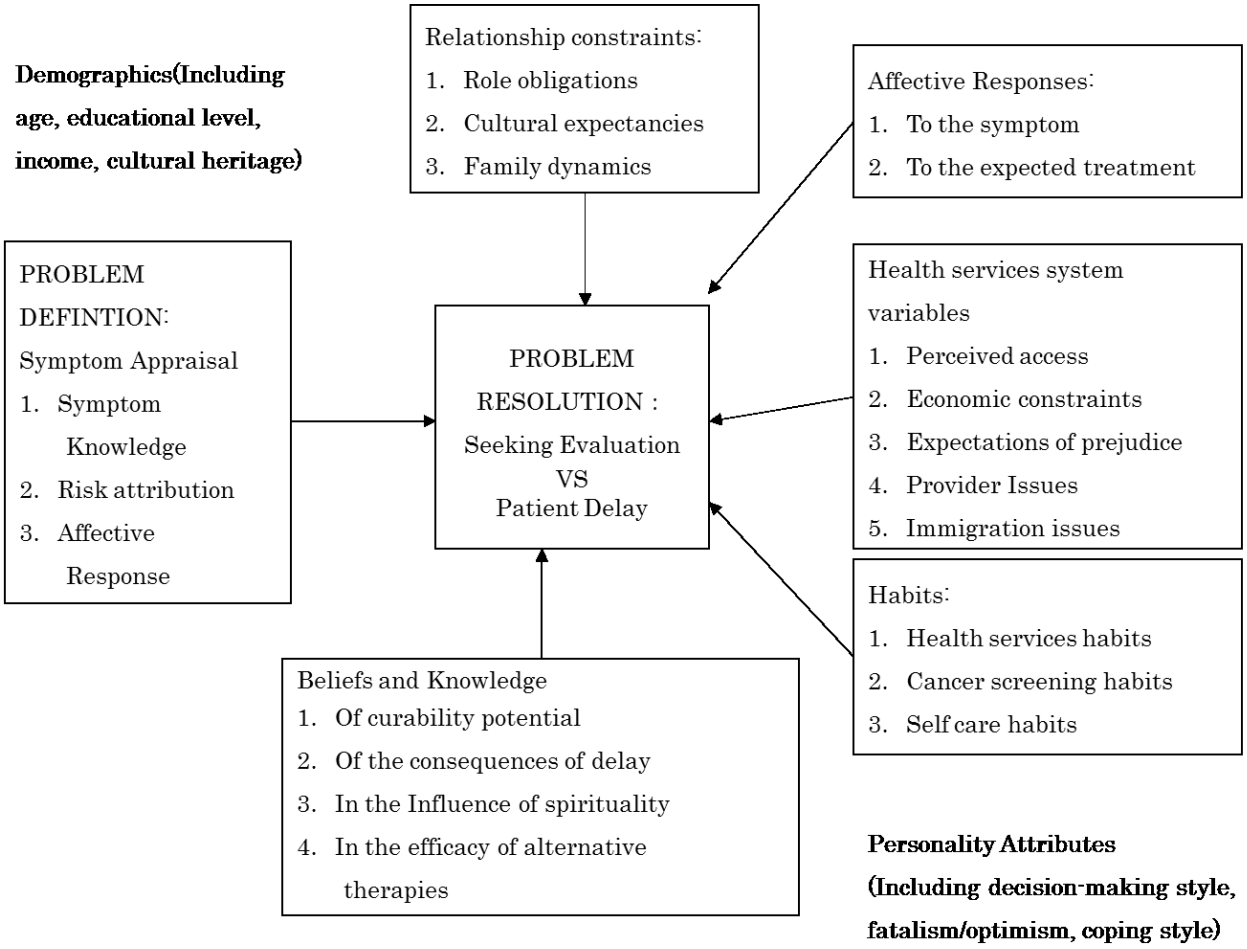


図 2-1 Judgement to Delay Model

Facione, N. C. (2002) . The J-Delay scale: a measure of the likelihood of patient delay in breast cancer. Res Theory Nurs Pract, 16(2), 103-118. より原作者から複写掲載の許諾を得て抜粋

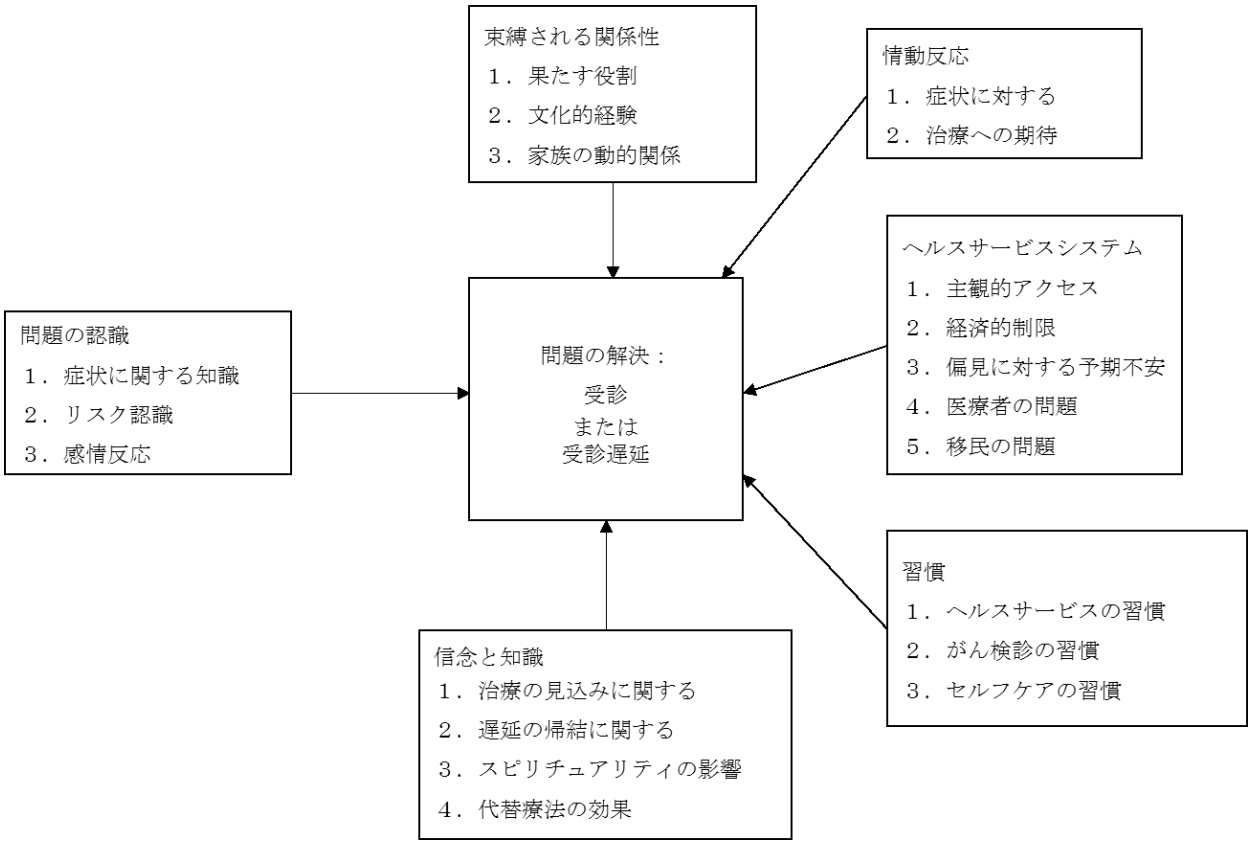


図 2-2 Judgement to Delay Model（著者翻訳版）

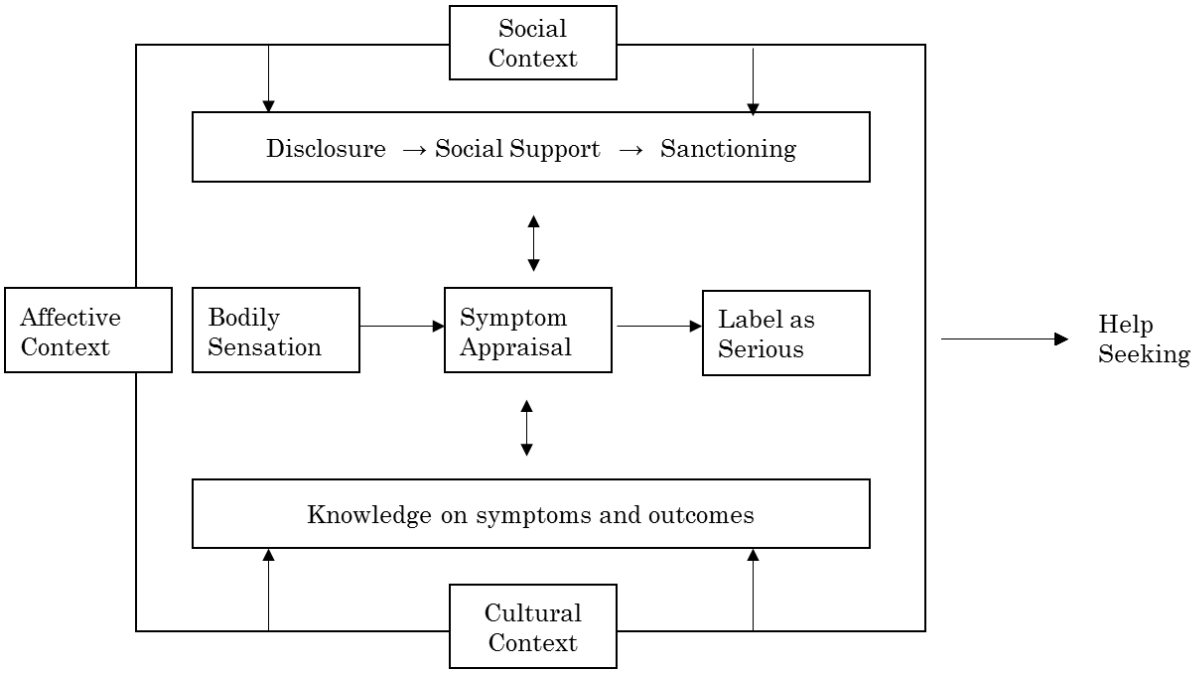


図 3-1 症状評価の心理社会文化モデル

Taib, N. A., Yip, C. H., & Low, W. Y. (2011). Recognising symptoms of breast cancer as a reason for delayed presentation in Asian women--the psycho-socio-cultural model for breast symptom appraisal: opportunities for intervention. Asian Pac J Cancer Prev, 12(6), 1601-1608. より原作者から複写掲載の許諾を得て抜粋

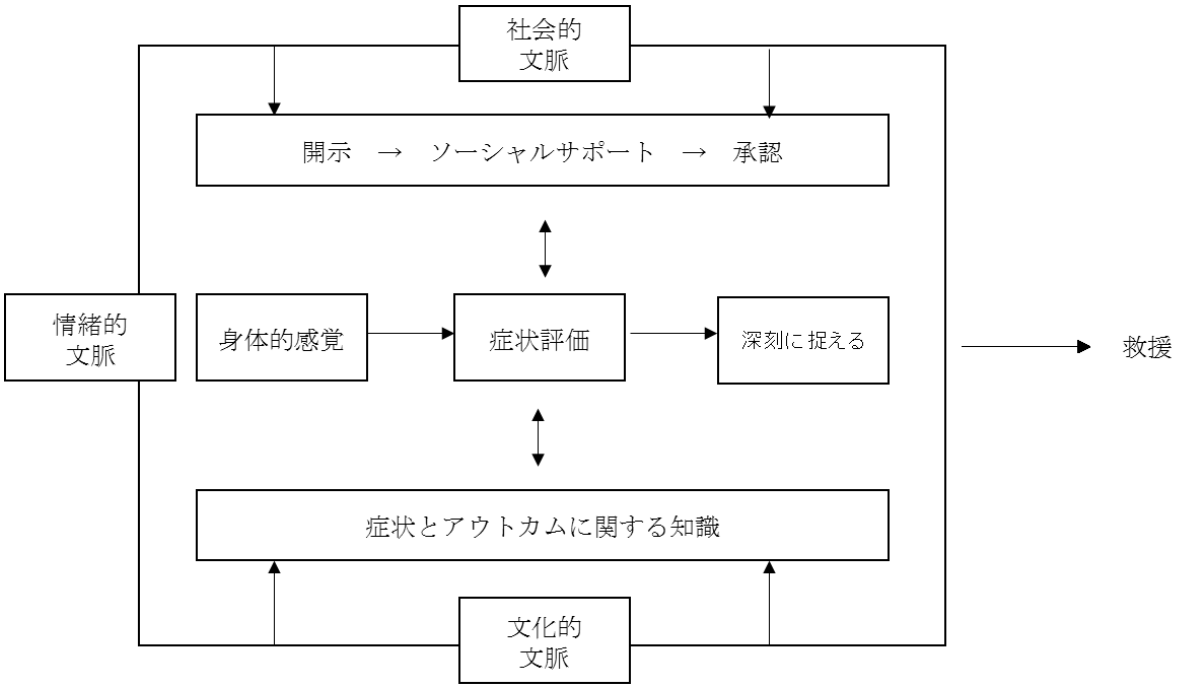


図 3-2 症状評価の心理社会文化モデル（著者翻訳版）

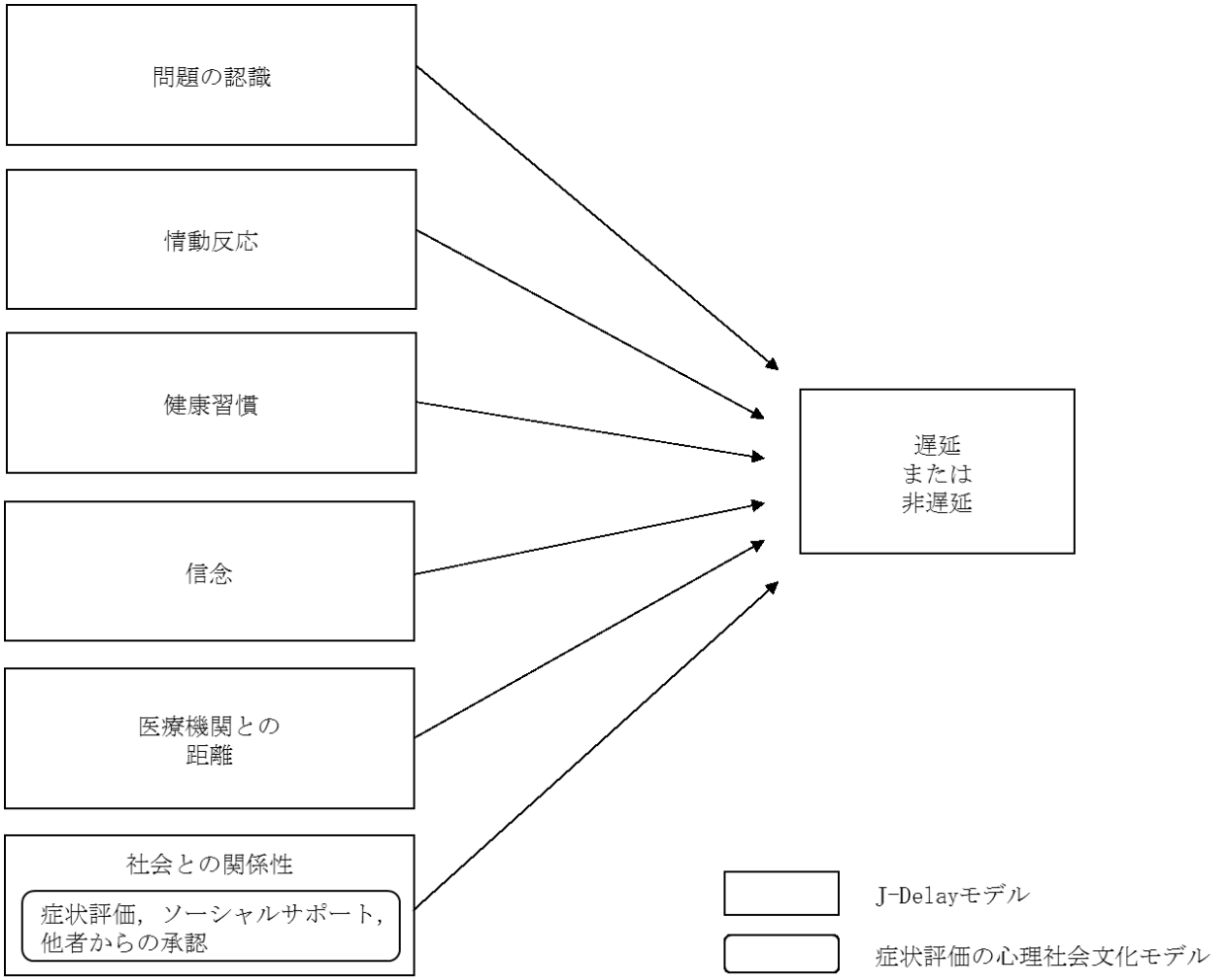

問題の認識
情動反応
健康習慣
信念
医療機関との
距離
社会との関係性
症状評価，ソーシャルサポート，
他者からの承認
遅延
または
非遅延
J-Delayモデル
症状評価の心理社会文化モデル

図 4 概念枠組み

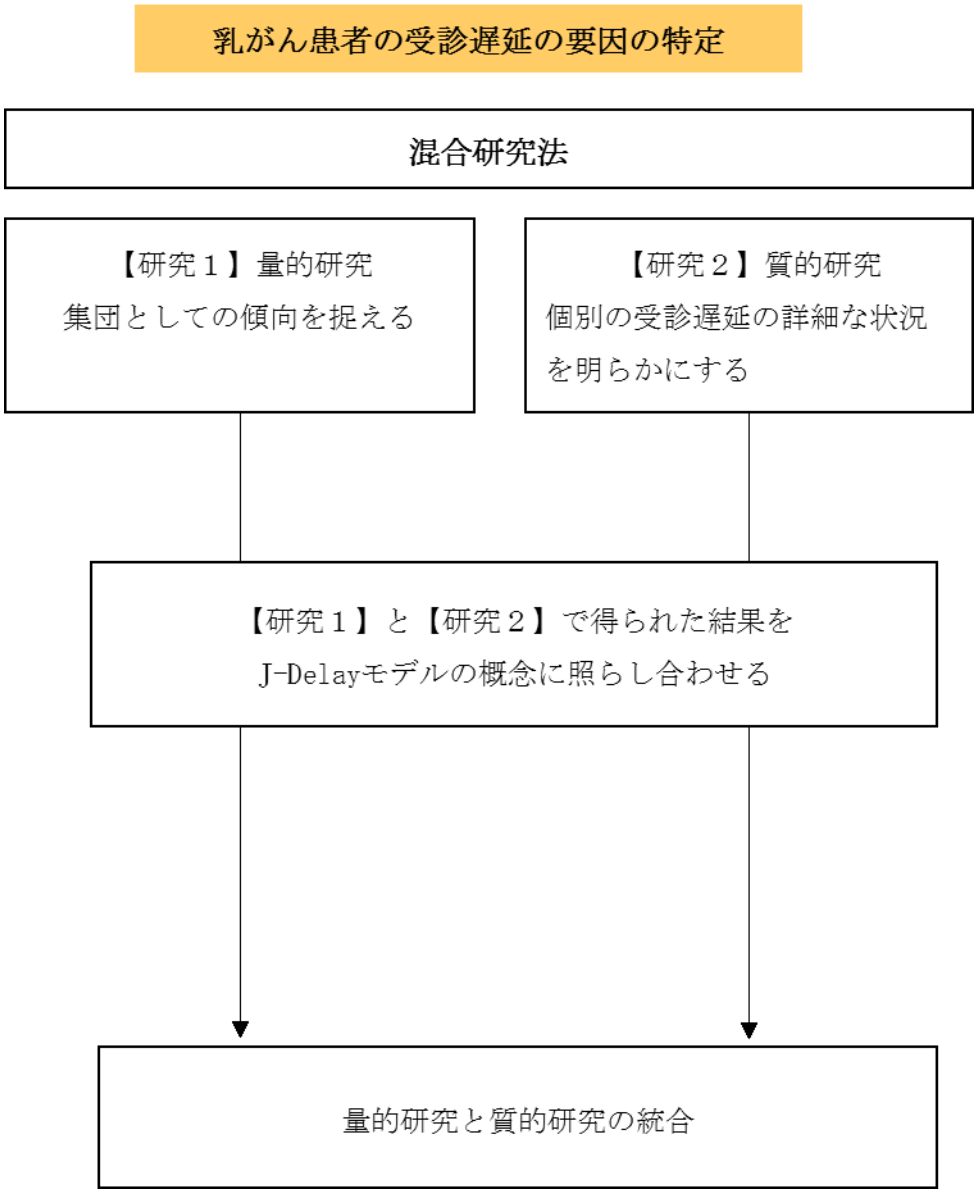


図 5 混合研究法：並行的トライアンギュレーションデザイン

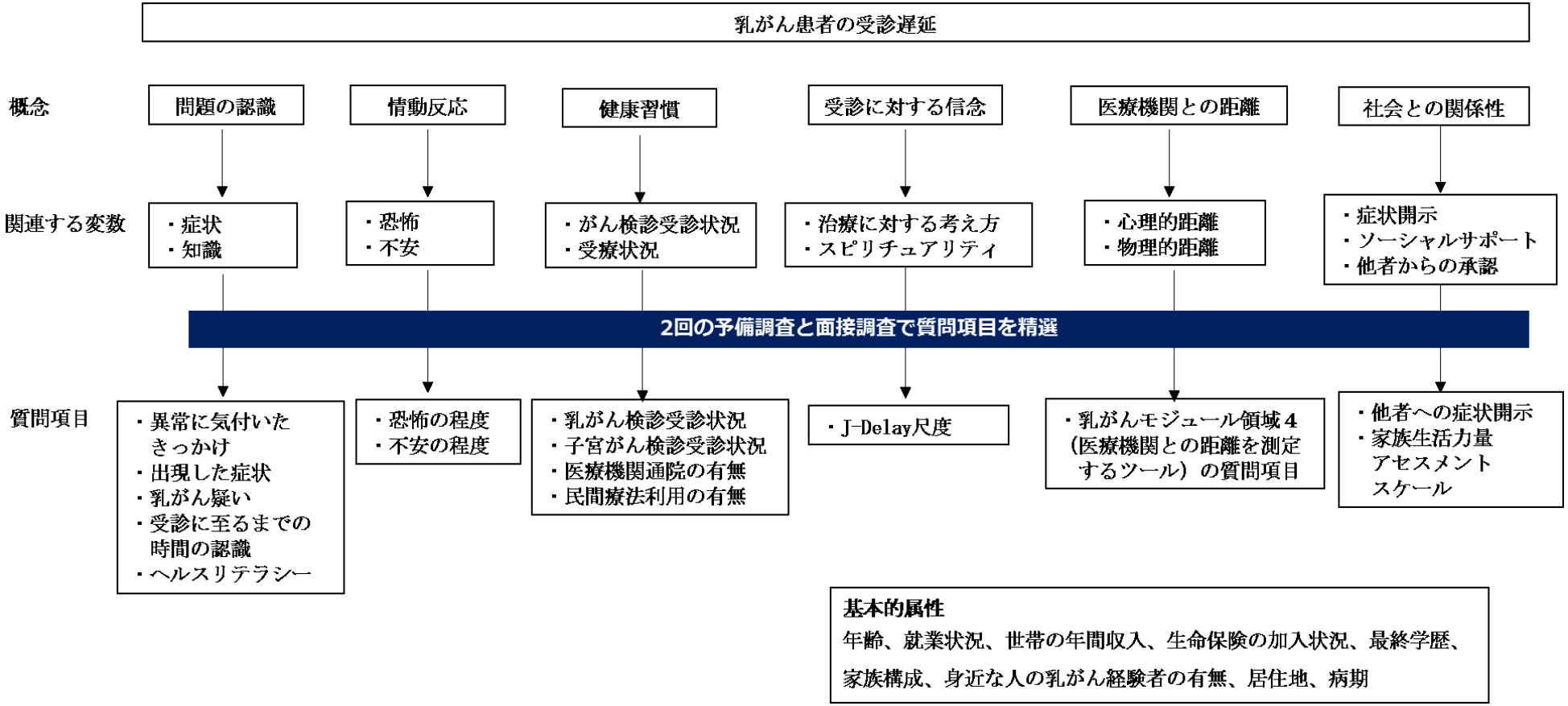


図６ 乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにする質問紙の構成

表1．予備調査１と予備調査２の内容

	予備調査１	予備調査２
目的	受診遅延の関連要因を検証する質問紙を評価し、今後の課題を提示することである。	本邦における乳がん患者の実情に見合った受診遅延の関連要因を明らかにすることである。
調査期間	2015年9月7日～9月14日	2015年11月24日～12月2日
調査場所	公立総合病院(沖縄県南部)	公立総合病院(沖縄県中部)
調査人数	16人	22人
質問項目数	91項目	64項目
概念枠組み	Judgement to delayモデル（Facione, 2002)に「楽観性」の概念を加えて構成した。	Judgement to delayモデル（Facione, 2002）
質問紙	既存の変数を用いた質問項目と、質問項目に関する自由記載の項目で構成した。	予備調査１を通して得られた課題と面接調査の結果を踏まえて改訂した質問紙を用いた。
質問項目 （一部抜粋）	【問題の認識】 ・乳房の異常に気づいたきっかけ ・乳房の異常に気づくきっかけとなった症状 ・受診に至るまでの時間の認識 ・受診までの期間の捉え方 ・ヘルスリテラシー尺度 【健康習慣】 ・乳がん検診受診状況 ・子宮がん検診受診状況 ・自己検診状況 ・他疾患での通院状況 ・民間療法の利用状況 【情動反応】 ・日本語版STAI（13項目） 【信念】 ・日本語版Brief COPE尺度（16項目） ・生活行動に対する保健行動の優先性尺度（4項目） 【社会との関係性】 ・情緒的支援ネットワーク尺度（10項目） 【医療機関との距離】 ・医療機関との距離を測定するツール（10項目） 【楽観性】 ・改訂版楽観性尺度（10項目）	【問題の認識】 ・乳房の異常に気づいたきっかけ ・乳房の異常に気づくきっかけとなった症状 ・受診に至るまでの時間の認識 ・受診までの期間の捉え方 ・ヘルスリテラシー尺度 ・<u>乳房の異常に気づいた際の乳がん疑い</u> 【健康習慣】 ・乳がん検診受診状況 ・子宮がん検診受診状況 ・他疾患での通院状況 ・民間療法の利用状況 【情動反応】 ・<u>不安・恐怖の程度（自作：2項目）</u> 【信念】 ・<u>日本語版Judgement to delay尺度（17項目）</u> 【社会との関係性】 ・<u>相談の有無</u> ・<u>簡易版家族生活力量アセスメントスケール</u>（5項目） 【医療機関との距離】 ・<u>居住地</u> ・医療機関との距離を測定するツール（10項目）

予備調査２で変更のあった質問項目を<u>下線</u>で示す

表2 主な調査内容および尺度

	調査項目および尺度	項目数	α係数	得点範囲	評価方法および例
基本的属性等	年齢	1	－	－	－
	受診までの期間	1	－	－	1：3ヶ月未満，2．3ヶ月以上
	就労状況	1	－	－	1：正規雇用，2：非正規雇用，3：自営業， 4：主婦，5：無職
	世帯の年間収入	1	－	－	1：300万未満，2：300－500万， 3：500万－1,000万，4：1,000万以上
	生命保険	1	－	－	1：加入あり，2：加入なし
	最終学歴	1	－	－	1：小・中学校，2：高校，3：専門学校， 4：短期大学，5：大学，6：大学院
	婚姻状況	1	－	－	1：未婚，2：既婚，3：離死別
	家族構成	1	－	－	1：一人暮らし，2：家族同居
	身近な人の乳がん経験	1	－	－	1：あり，2：なし
	居住地	1	－	－	1：沖縄本島，2：離島
	病期	1	－	－	1：0期，2：Ⅰ期，3：Ⅱ期， 4：Ⅲ期，5：Ⅳ期，6：不明
各項目	乳がん検診	1	－	－	1：年に1回，4：全く受けていない
	子宮がん検診	1	－	－	1：2年に1回，4：全く受けていない
	他疾患での通院	1	－	－	1：あり，2：なし
	民間療法の利用	1	－	－	1：あり，2：なし
	乳房の異常に気づいたきっかけ	1	－	－	1：自分（または家族），2：乳がん検診， 3：その他の検査
	最初に気づいた症状	1	－	－	1：しこり，2：しこり以外の症状， 3：症状はなかった
	受診までの認識☆	1	－	－	1：すぐに受診した，4：とても遅くなった
	乳がん疑い	1	－	－	1：疑った，2：半信半疑，3：疑わなかった
	恐怖	1	－	1-7	得点が高いほど恐怖が強い
	不安	1	－	1-7	得点が高いほど不安が強い
	相談状況	1	－	－	1：あり，2：なし
	受診のきっかけ	8	－	－	該当するものについて複数回答
	医療機関に対する認識	10	－	1-3	1：とてもそう思う，3：そう思わない
各尺度	日本語版Judgement to delay尺度†	17	0.91 0.83（原作）	0-17	0：いいえ，1：はい 得点が高いほど遅延しやすい
	ヘルスリテラシー尺度				
	伝達的リテラシー	5	0.77	5-20	1：全くなかった，4：よくあった
	批判的リテラシー	4	0.65	4-16	1：全くなかった，4：よくあった 得点が高いほどリテラシーが高い
	簡易版家族生活力量アセスメントスケール‡	5	0.75	0-5	0：いいえ，1：はい 得点が高いほど家族関係が良好である

☆ 表中No.2，3省略（2：まあすぐに受診した，3：少し遅くなった）

† 原作版（Facione，2002)は15項目で構成される

‡ 本研究では「健康問題対処力（1領域）」のみ測定した

表3 施設別にみた対象者の基本的属性

n(%)

	項目		A病院 n=70 (27.3%)	B病院 n=186 (72.6%)	p値
基本的属性	年齢（歳）☆		58.6 ±11.8	58.2 ±11.3	0.83
	（内訳）	20代	1 (1.4)	0 (0.0)	
		30代	1 (1.4)	7 (3.8)	
		40代	15 (21.4)	37 (19.9)	
		50代	20 (28.6)	57 (30.6)	
		60代	20 (28.6)	57 (30.6)	
		70代	10 (14.3)	23 (12.4)	
		80代	3 (4.3)	5 (2.7)	
	受診までの期間†				
		遅延群	12 (17.1)	49 (26.3)	0.14
		非遅延群	58 (82.9)	137 (73.7)	
	就労状況‡				
		正規雇用	16 (22.9)	36 (19.4)	0.89
		非正規雇用	11 (15.7)	31 (16.7)	
		自営業	9 (12.9)	25 (13.4)	
		無職（主婦含む）	34 (48.6)	94 (50.5)	
	世帯の年間収入‡				
		300万未満	45 (64.3)	95 (51.6)	0.18
		300～500万	18 (24.7)	55 (75.3)	
		500～1,000万	7 (10.0)	29 (15.8)	
		1,000万以上	0 (0.0)	5 (2.7)	
	生命保険†				
		加入あり	44 (62.9)	136 (73.5)	0.10
		加入なし	26 (37.1)	49 (26.5)	
	最終学歴‡				
		高校以下	42 (60.9)	85 (45.9)	0.11
		専門学校・短期大学	21 (30.4)	79 (42.7)	
		大学・大学院	6 (8.7)	21 (11.4)	
	婚姻状況‡				
		未婚	4 (5.7)	24 (13.0)	0.07
		既婚	48 (68.6)	132 (71.4)	
		離死別	18 (25.7)	29 (15.7)	
	家族構成†				
		一人暮らし	14 (20.0)	20 (10.8)	0.05
		家族同居	56 (80.0)	166 (89.2)	
	身近な人の乳がん経験†				
		あり	37 (52.9)	95 (51.1)	0.89
		なし	33 (47.1)	91 (48.9)	
	居住地†				
		沖縄本島	70 (100.0)	177 (71.7)	0.12
		離島	0 (0.0)	9 (4.8)	

☆ mean±SD, p値はStudentのt検定による

† p値はFiserの正確確率検定による

‡ p値はPeasonのχ^2検定による

∫ 中央値（最小値-最大値）, p値はMann-WhitneyのU検定による

▒ 有意差のあるものに網かけ

表4 施設別にみた対象者の医学的属性等

n(%)

	項目		A病院 n=70 (27.3%)	B病院 n=186 (72.6%)	p値
医学的属性	病期‡				
		0期	20 (28.6)	18 (9.7)	
		Ⅰ期	18 (25.7)	83 (44.6)	
		Ⅱ期	14 (20.0)	36 (19.4)	0.002
		Ⅲ・Ⅳ期	6 (8.6)	12 (6.4)	
		不明	12 (17.1)	35 (18.8)	
		無回答	0 (0.0)	2 (1.1)	
各項目	乳がん検診‡				
		年に1回	32 (45.7)	93 (50.3)	
		数年受けていない	18 (25.7)	51 (27.6)	0.56
		全く受けていない	20 (28.6)	41 (22.2)	
	子宮がん検診‡				
		2年に1～2回	37 (52.9)	106 (57.3)	
		数年受けていない	16 (22.9)	55 (29.7)	0.79
		全く受けていない	17 (24.3)	24 (13.0)	
	相談状況†				
		あり	58 (82.9)	141 (76.2)	0.31
		なし	12 (17.1)	44 (23.8)	
各尺度	恐怖∫		3.0 (1-7)	2.0 (1-7)	0.18
	不安∫		2.0 (1-7)	2.0 (1-7)	0.25
	日本語版J-delay尺度得点∫		1.0 (0-14)	2.0 (0-13)	0.59
	ヘルスリテラシー尺度∫				
	伝達的リテラシー		16.0 (7-20)	16.0 (6-20)	0.75
	批判的リテラシー		11.0 (8-16)	12.0 (4-16)	0.77
	簡易版家族生活力量得点∫		5.0 (1-5)	5.0 (0-5)	0.78
	医療機関との距離感得点∫		29.0 (12-30)	29.0 (17-58)	0.82

☆ mean±SD, p値はStudentのt検定による

† p値はFiserの正確確率検定による

‡ p値はPeasonのχ^2検定による

∫ 中央値（最小値-最大値）, p値はMann-WhitneyのU検定による

有意差のあるものに網かけ

表5 対象者の基本的属性

n(%)

		全体 n=256 (100%)	遅延群 n=61 (23.8%)	非遅延群 n=195 (76.2%)	p値	調整済み p値∫
年齢（歳）☆		58.3 ±11.5	55.7 ±11.1	59.1 ±11.5	0.041	―
（内訳）	20代	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.5)		
	30代	8 (3.1)	4 (6.6)	4 (2.1)		
	40代	52 (20.3)	14 (23.0)	38 (19.5)		
	50代	77 (30.1)	24 (39.3)	53 (27.2)		
	60代	77 (30.1)	13 (21.3)	64 (32.8)		
	70代	33 (12.9)	4 (6.6)	29 (14.9)		
	80代	8 (3.1)	2 (3.3)	6 (3.1)		
就労状況†						
	正規雇用	52 (20.3)	10 (16.4)	42 (21.5)		
	非正規雇用	42 (16.4)	7 (11.5)	35 (17.9)	0.46	0.011¶
	自営業	34 (13.3)	9 (14.8)	25 (12.8)		
	無職（主婦含む）	128 (50.0)	35 (57.4)	93 (47.7)		
世帯の年間収入‡						
	300万未満	140 (55.1)	38 (62.3)	102 (52.8)		
	300～500万	73 (28.7)	18 (29.5)	55 (28.5)	0.22	0.012¶
	500～1,000万	36 (14.2)	5 (8.2)	31 (16.1)		
	1,000万以上	5 (2.0)	0 (0.0)	5 (2.6)		
生命保険†						
	加入あり	180 (70.6)	40 (66.7)	170 (71.8)	0.52	0.45
	加入なし	75 (29.4)	20 (33.3)	55 (28.2)		
最終学歴‡						
	高校以下	127 (50.0)	37 (61.7)	90 (46.4)		
	専門学校・短期大学	100 (39.4)	21 (35.0)	79 (40.7)	0.040	0.001§
	大学・大学院	27 (10.6)	2 (3.3)	25 (12.9)		
婚姻状況‡						
	未婚	28 (11.0)	9 (14.8)	19 (9.8)		
	既婚	180 (70.6)	41 (67.2)	139 (71.6)	0.56	0.87
	離死別	47 (18.4)	11 (18.0)	36 (18.6)		
家族構成†						
	一人暮らし	34 (13.3)	5 (8.2)	29 (14.9)	0.20	0.37
	家族同居	222 (86.7)	56 (91.8)	166 (85.1)		
身近な人の乳がん経験†						
	あり	132 (51.6)	25 (41.0)	107 (54.9)	0.08	0.08
	なし	124 (48.4)	36 (59.0)	88 (45.1)		
居住地†						
	沖縄本島	247 (96.5)	58 (95.1)	189 (96.9)	0.45	0.65
	離島	9 (3.5)	3 (4.9)	6 (3.1)		

☆ 年齢はmean±SD, p値はStudentのt検定による

† p値はFiserの正確確率検定による

‡ p値はPeasonのχ^2検定による

∫ ロジスティック回帰分析にて，年齢調整をした値

¶ Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，各群間で有意差は認めなかった

§ Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，「高校以下」vs.「専門学校・短期大学」（p=0.009），「高校以下」vs.「大学・大学院」（p=0.002）で有意差を認めた

有意差のあるものに網かけ

表6 対象者の医学的属性

n(%)

		全体 n=256 (100%)	遅延群 n=61 (23.8%)	非遅延群 n=195 (76.2%)	p値	調整済み p値 †
病期☆						
	0期	38 (14.8)	5 (8.2)	33 (16.9)		
	Ⅰ期	101 (39.5)	19 (31.1)	82 (42.1)		
	Ⅱ期	50 (19.5)	15 (24.6)	35 (17.9)	<0.001	0.002
	Ⅲ・Ⅳ期	18 (7.1)	11 (18.0)	7 (3.6)		
	不明	47 (18.4)	10 (16.4)	37 (19.0)		

☆ p値はPeasonの$\chi 2$検定による

† ロジスティック回帰分析にて，年齢調整をした値

Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，「0期」vs.「Ⅲ・Ⅳ期」(p=0.001)，「Ⅰ期」vs.「Ⅲ・Ⅳ期」(p=0.001) で有意差を認めた

表7 遅延群・非遅延群の問題の認識

n(%)

	遅延群 n=61 (23.8%)	非遅延群 n=195 (76.2%)	p値	調整済み p値 ¶
乳房の異常に気付いたきっかけ☆				
自分	45 (73.8)	95 (48.7)		
乳がん検診	13 (21.3)	93 (47.7)	0.001	0.010§
その他の検査	3 (4.9)	7 (3.6)		
最初に気づいた症状☆				
しこり	38 (62.3)	85 (43.6)		
しこり以外の症状	12 (19.7)	29 (14.9)	0.004	0.004☆☆
症状はなかった	11 (18.0)	81 (41.5)		
乳房の異常に気づいた際，† 乳がんを疑ったか否か				
疑った	46 (76.7)	150 (76.9)	1.000	0.65
疑わなかった	14 (23.3)	45 (23.1)		
受診までの時間の認識☆				
すぐに受診した	14 (23.0)	163 (83.6)		
まあすぐに受診した	7 (11.5)	23 (11.8)	<0.001	<0.001††
少し遅くなった	25 (41.0)	8 (4.1)		
とても遅くなった	15 (24.6)	1 (0.5)		
伝達的リテラシー‡				
高群	27 (45.0)	99 (51.0)	0.42	0.12
低群	33 (55.0)	95 (49.0)		
批判的リテラシー∫				
高群	28 (46.7)	92 (47.4)	1.00	0.81
低群	32 (53.3)	102 (52.6)		

☆　p値はPeasonのχ^2検定による

†　p値はFiserの正確確率検定による

‡　p値はPeasonの$\chi 2$検定による．中央値をカットオフとし，高群 15点以上，低群 15点未満とした
伝達的ヘルスリテラシー（5項目）の得点範囲は5～20点．Mean±SD：15.4±3.2

∫　p値はPeasonの$\chi 2$検定による．中央値をカットオフとし，高群 11点以上，低群 11点未満とした
批判的ヘルスリテラシー（4項目）の得点範囲は4～16点．Mean±SD：10.8±3.0

¶　ロジスティック回帰分析にて，年齢調整をした値

§　Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，乳房の異常に気付いたきっかけが「自分」vs.「乳がん検診」（p=0.002）で有意差を認めた

☆☆　Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，最初の症状が「しこり」vs.「症状なし」（p=0.008）で有意差を認めた

††　Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，「すぐに受診した」vs.「少し遅延した」（p=0.000），
「すぐに受診した」vs.「とても遅延した」(P=0.000)，
「まあすぐに受診した」vs.「少し遅延した」（p=0.000），
「まあすぐに受診した」vs.「とても遅延した」(p=0.000) で有意差を認めた

有意差のあるものに網かけ

表8 遅延群・非遅延群の情動反応

n(%)

	遅延群 n=61 (23.8%)	非遅延群 n=195 (76.2%)	p値	調整済み p値
乳房の異常に気づいた際の恐怖（点）☆	3.0 (1-7)	2.0 (1-7)	0.23	0.36
乳房の異常に気づいた際の不安（点）☆	2.0 (1-7)	2.0 (1-7)	0.80	0.84

☆ 中央値（最小値-最大値）, p値はMann-WhitneyのU検定による

表9 遅延群・非遅延群の保健行動

n(%)

	遅延群 n=60 (23.5%)	非遅延群 n=195 (76.5%)	p値	調整済み p値 ‡
乳がん検診☆				
年に1回	17 (28.3)	108 (55.4)		
数年受けていない	16 (26.7)	53 (27.2)	<0.001	<0.001∫
全く受けていない	27 (45.0)	34 (17.4)		
子宮がん検診☆				
2年に1～2回	21 (35.0)	122 (62.6)		
数年受けていない	19 (31.7)	52 (26.7)	<0.001	<0.001¶
全く受けていない	20 (33.3)	21 (10.8)		
他疾患での通院†				
あり	18 (30.0)	77 (39.5)	0.22	0.71
なし	42 (70.0)	118 (60.5)		
民間療法の利用†				
あり	7 (11.7)	26 (13.3)	0.83	0.79
なし	53 (88.3)	169 (86.7)		

☆ p値はPeasonのχ^2検定による

† p値はFiserの正確確率検定による

‡ ロジスティック回帰分析にて，年齢調整をした値

∫ Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，乳がん検診を
「定期的に受けている」vs.「数年受けていない」（p=0.000），
「全く受けていない」vs.「数年受けていない」（p=0.017）で有意差を認めた

¶ Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，子宮がん検診を
「定期的に受けている」vs.「数年受けていない」（p=0.000），
「全く受けていない」vs.「数年受けていない」（p=0.016）で有意差を認めた

有意差のあるものに網かけ

表10 遅延群・非遅延群の受診に対する考え方・行動

n(%)

項 目	遅延群 n=60 (23.5%)	非遅延群 n=195 (76.5%)	p値†	調整済み p値‡
日本語版J-delay尺度合計（点）☆	5.0 (0-14)	1.0 (0-11)	<0.001	<0.001
1. 病院へ受診することを一番の優先順位にした				
はい	47 (78.3)	190 (97.4)	<0.001	<0.001
いいえ	13 (21.7)	5 (2.6)		
2. 悪いことは考えたくなかったので乳房の異常について放っておいた				
はい	13 (21.7)	3 (1.5)	<0.001	<0.001
いいえ	47 (78.3)	192 (98.5)		
3. 乳がんになるはずはないと思っていた				
はい	44 (73.3)	122 (62.6)	0.16	0.17
いいえ	16 (26.7)	73 (37.4)		
4. 乳房の異常をふまえて，特に行動しなかった				
はい	26 (43.3)	35 (17.9)	<0.001	<0.001
いいえ	34 (56.7)	160 (82.1)		
5. すぐに病院の予約をとった				
はい	34 (56.7)	189 (96.9)	<0.001	<0.001
いいえ	26 (43.3)	6 (3.1)		
6. どうすることも出来ないと思い，非常に落ち込んだ				
はい	15 (25.0)	36 (18.5)	0.27	0.38
いいえ	45 (75.0)	159 (81.5)		
7. 乳房の異常について何でもないと思った				
はい	16 (27.1)	24 (12.3)	0.013	0.014
いいえ	43 (72.9)	171 (87.7)		
8. 出来るだけ病院には受診したくないと思った				
はい	10 (16.7)	4 (2.1)	<0.001	<0.001
いいえ	50 (83.3)	191 (97.9)		
9. 出来るだけ受診はせずに，自然の流れに身を任せた				
はい	9 (15.0)	3 (1.5)	<0.001	<0.001
いいえ	51 (85.0)	192 (98.5)		
10. 次回の検診まで様子をみようと思った				
はい	12 (20.0)	9 (4.6)	0.001	0.001
いいえ	48 (80.0)	186 (95.4)		
11. あえて受診しないことを選択した				
はい	7 (11.7)	1 (0.5)	<0.001	0.002
いいえ	53 (88.3)	194 (99.5)		
12. 乳房の異常について出来るだけ考えないように努めた				
はい	14 (23.3)	23 (11.8)	0.035	0.038
いいえ	46 (76.7)	172 (88.2)		
13. 乳房の異常について深刻には捉えなかった				
はい	14 (23.3)	28 (14.4)	0.11	0.12
いいえ	46 (76.7)	167 (85.6)		
14. すぐに受診をする必要があるとは思いもしなかった				
はい	29 (48.3)	17 (8.7)	<0.001	<0.001
いいえ	31 (51.7)	178 (91.3)		
15. 大事なことをキャンセルしてでも，受診を優先した				
はい	30 (50.0)	174 (89.2)	<0.001	<0.001
いいえ	30 (50.0)	21 (10.8)		
16. 考えることや行動することが面倒だと思った				
はい	10 (16.7)	7 (3.6)	0.001	0.002
いいえ	50 (83.3)	188 (96.4)		
17. 周りの人に迷惑をかけると思い，受診をためらった				
はい	13 (21.7)	2 (1.0)	<0.001	<0.001
いいえ	47 (78.3)	193 (99.0)		

☆ 日本語版J-delay尺度の合計は中央値（最小値-最大値），ｐ値はMann-WhitneyのU検定による
全17項目．得点範囲は0～17点．項目1・5・15は逆転項目で「0点：はい」「1点：いいえ」で配点
得点が高いほど遅延しやすい信念や判断・行動であると解釈する

† 各質問項目のｐ値はFiserの正確確率検定による

‡ ロジスティック回帰分析にて，年齢調整をした値

有意差のあるものに網かけ

表11 遅延群・非遅延群の医療機関との距離

n(%)

項 目	遅延群 n=60 (23.5%)	非遅延群 n=195 (76.5%)	p値☆	調整済み p値†
病院の予約を取ることは難しい				
とてもそう思う	6 (10.0)	5 (2.6)		
そう思う	5 (8.3)	22 (11.3)	0.04	0.24
そう思わない	49 (81.7)	168 (86.2)		
病院に行くまでの交通手段を得るのが難しい				
とてもそう思う	2 (3.3)	1 (0.5)		
そう思う	9 (15.0)	11 (5.6)	0.01	0.004‡
そう思わない	49 (81.7)	183 (93.8)		
忙しすぎて病院に行く時間がない				
とてもそう思う	9 (15.0)	4 (2.1)		
そう思う	9 (15.0)	24 (12.3)	<0.001	0.002∫
そう思わない	42 (70.0)	167 (85.6)		
どこの病院に行けばいいか迷う				
とてもそう思う	7 (11.7)	16 (8.2)		
そう思う	24 (40.0)	40 (20.5)	0.004	0.019¶
そう思わない	29 (48.3)	139 (71.3)		
病院に行くことをためらう				
とてもそう思う	7 (11.7)	7 (3.6)		
そう思う	24 (40.0)	19 (9.7)	<0.001	<0.001§
そう思わない	29 (48.3)	169 (86.7)		
病院に行くことは恐ろしい				
とてもそう思う	5 (8.3)	6 (3.1)		
そう思う	15 (25.0)	25 (12.9)	0.012	0.004‡
そう思わない	40 (66.7)	163 (84.0)		
医師の手間を取らせてはいけない				
とてもそう思う	1 (1.7)	7 (3.6)		
そう思う	8 (13.3)	18 (9.2)	0.66	0.58
そう思わない	51 (85.0)	169 (86.7)		
医師と話しをすることが難しい				
とてもそう思う	3 (5.0)	3 (1.5)		
そう思う	9 (15.0)	10 (5.1)	0.01	0.017☆☆
そう思わない	48 (80.0)	182 (93.3)		
医師が何か異常を見つけるかもしれないと思うと病院に行く気がしない				
とてもそう思う	4 (6.7)	2 (1.0)		
そう思う	11 (18.3)	12 (6.2)	<0.001	<0.001††
そう思わない	45 (75.0)	181 (92.8)		
医師に自分の症状について話しをする自信がない				
とてもそう思う	1 (1.7)	1 (0.5)		
そう思う	5 (8.3)	10 (5.1)	0.43	0.23
そう思わない	54 (90.0)	184 (94.4)		

☆ p値はPeasonのχ^2検定による

† ロジスティック回帰分析にて，年齢調整をした値

‡ Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，各群間で有意差は認めなかった

∫ Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，「とてもそう思う」vs.「そう思う」（p=0.004），「とてもそう思う」vs.「そう思わない」（p<0.001）で有意差を認めた

¶ Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，「そう思う」vs.「そう思わない」（p=0.015）で有意差を認めた

§ Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，「とてもそう思う」vs.「そう思わない」（p=0.004），「そう思う」vs.「そう思わない」（p<0.001）で有意差を認めた

☆☆ Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，「そう思う」vs.「そう思わない」（p=0.041）で有意差を認めた

†† Bonferroni分析により，多重比較を行った結果，「とてもそう思う」vs.「そう思わない」（p=0.008），「そう思う」vs.「そう思わない」（p=0.009）で有意差を認めた

▒ 有意差のあるものに網かけ

表12 遅延群・非遅延群の相談の有無

n(%)

項 目	遅延群 n=60 (23.6%)	非遅延群 n=194 (76.3%)	p値☆	調整済み p値†
受診に至るまでの相談				
あり	40 (66.7)	159 (81.5)	0.020	0.011
なし	20 (33.3)	36 (18.5)		

☆ p値はFiserの正確確率検定による

† ロジスティック回帰分析にて，年齢調整をした値

有意差のあるものに網かけ

表13 乳房の異常に気づいた際の相談相手

n(%)

	遅延群 n=40	非遅延群 n=159	p値☆	調整済み p値†
家族（配偶者含む）	24（63.2）	136（84.5）	0.006	0.006
友人・知人	19（50.0）	40（25.2）	0.005	0.006
親戚	0（ 0.0）	8（ 5.0）	0.36	1.00
彼氏・パートナー	5（13.2）	18（11.3）	0.78	0.65
かかりつけの医師	2（ 5.3）	5（ 3.1）	0.62	0.31
かかりつけの看護師	2（ 5.3）	4（ 2.5）	0.33	0.62

☆ p値はFiserの正確確率検定による

† ロジスティック回帰分析にて，年齢調整をした値

有意差のあるものに網かけ

表14 乳房の異常について相談をしなかった理由

n(%)

理　由	全　体 n=56	遅延群 n=20	非遅延群 n=36
家族に心配をかけたくない	32 (57.1)	13 (65.0)	19 (52.8)
周りに心配されると不安になる	10 (18.0)	4 (20.0)	6 (16.7)
人に頼ることに抵抗がある	7 (12.5)	2 (10.0)	5 (13.9)
相談相手がいない	6 (11.0)	3 (15.0)	3 (8.3)
ゆとりがなかった	2 (3.6)	1 (5.0)	1 (2.8)
怖くて言えなかった	1 (1.8)	1 (5.0)	0 (0.0)
がんだと認めたくなかった	1 (1.8)	1 (5.0)	0 (0.0)
大した事ないと思った	1 (1.8)	1 (5.0)	0 (0.0)

遅延群，非遅延群の2群間と各理由についてχ2乗検定またはFiserの正確確率検定を行ったが，有意差は認めなかった

表15 遅延群・非遅延群の家族生活力量

n(%)

項 目	遅延群 n=60 (23.6%)	非遅延群 n=194 (76.3%)	p値†	調整済み p値‡
簡易版家族生活力量アセスメントスケール合計（点）★	5.0 (0-5)	5.0 (0-5)	<0.001	<0.001
1. 病気について，率直な会話やコミュニケーションができている				
はい	52 (86.7)	181 (93.3)	0.11	0.10
いいえ	8 (13.3)	13 (6.7)		
2. 家族の誰かが困っていたら、お互いに助け合おうとする				
はい	51 (85.0)	189 (97.4)	0.001	0.001
いいえ	9 (15.0)	5 (2.6)		
3. 自分が求める支援と家族から得られる支援は、おおむね一致する				
はい	45 (75.0)	174 (89.7)	0.009	0.005
いいえ	15 (25.0)	20 (10.3)		
4. 家族の意見はまとまりやすい				
はい	48 (80.0)	177 (91.2)	0.03	0.030
いいえ	12 (20.0)	17 (8.8)		
5. 家族は、それぞれ自立しており、お互いを尊重している				
はい	47 (78.3)	179 (92.3)	0.005	0.005
いいえ	13 (21.7)	15 (7.7)		

★ 簡易版家族生活力量アセスメントスケールの合計得点は中央値（最小値-最大値），p値はMann-WhitneyのU検定による
全5項目．「1点：はい」「0点：いいえ」で配点．得点範囲は0～5点．得点が高いほど家族で問題を解決しようとする力が強いと解釈する

† p値はFiserの正確確率検定による

‡ ロジスティック回帰分析にて，年齢調整をした値

有意差のあるものに網かけ

表16 遅延群の受診までに時間を要した理由

n(%), n=59

項 目	
何となく時間が過ぎた	24 (40.7)
仕事・子育て・介護などを優先した	22 (37.3)
時間的なゆとりがなかった	13 (22.0)
他科で問題ないと言われた	7 (11.9)
治療・手術による副作用が不安だった	7 (11.9)
金銭的なゆとりがなかった	6 (10.2)
怖かった	3 (5.1)
女性性が変化することへの不安があった	2 (3.4)
次回の乳がん検診まで待った	2 (3.4)
相談する人がいなかった	1 (1.7)

表17　遅延群・非遅延群の受診のきっかけ

n(%)，n=256

	遅延群 n=60 (23.5%)	非遅延群 n=195 (76.5%)	p値☆	調整済み p値†
自分の意思で行動した	36 (60.0)	148 (75.9)	0.021	0.009
症状が出現したため	29 (48.3)	60 (30.9)	0.02	0.020
症状が悪化したため	11 (18.3)	2 (1.0)	<0.001	<0.001
他者から薦められたため	12 (20.0)	25 (12.8)	0.34	0.87
他の医療機関から紹介されたため	9 (15.0)	49 (25.1)	0.22	0.12

☆　p値はFiserの正確確率検定による

†　ロジスティック回帰分析にて，年齢調整をした値

▒　有意差のあるものに網かけ

表18 研究参加者の属性

n（%）, n=21

	遅延群☆ n=9	非遅延群† n=12
年齢		
40-49歳	1（ 11.1）	2（ 16.7）
50-59歳	3（ 33.3）	6（ 50.0）
60-69歳	4（ 44.4）	3（ 25.0）
70-79歳	1（ 11.1）	1（ 8.3）
就業状況		
あり	1（ 11.1）	6（ 50.0）
なし	8（ 88.8）	6（ 50.0）
世帯の年間収入		
300万円未満	8（ 88.8）	6（ 50.0）
300-500万円	1（ 11.1）	3（ 25.0）
500万-1,000万円	0（ 0.0）	1（ 8.3）
1,000万円以上	0（ 0.0）	1（ 8.3）
最終学歴		
小学校・中学校	0（ 0.0）	1（ 8.3）
高校	5（ 55.6）	5（ 41.2）
短期大学	3（ 33.3）	3（ 25.0）
大学	0（ 0.0）	3（ 25.0）
無回答	1（ 11.1）	0（ 0.0）
婚姻状況		
既婚	2（ 22.2）	7（ 58.3）
離婚・死別	5（ 55.6）	4（ 33.3）
未婚	2（ 22.2）	1（ 8.3）
身近な人の乳がん経験		
あり	2（ 22.2）	5（ 41.2）
なし	7（ 77.8）	6（ 50.0）
無回答	0（ 0.0）	1（ 8.3）
乳房の異常に気付いてから医療機関を受診するまでの時間		
<1ヶ月	0（ 0.0）	12（100.0）
1-2 ヶ月	1（ 11.1）	0（ 0.0）
2-3 ヶ月	0（ 0.0）	0（ 0.0）
≧3ヶ月	8（ 88.8）	0（ 0.0）
病期		
0	2（ 22.2）	6（ 50.0）
Ⅰ	0（ 0.0）	1（ 8.3）
Ⅱ	2（ 22.2）	2（ 16.7）
Ⅲ	2（ 22.2）	2（ 16.7）
Ⅳ	2（ 22.2）	0（ 0.0）
無回答	1（ 11.1）	1（ 8.3）

☆ 患者自身が乳房の異常に気づいて受診までの期間について遅くなったと捉えている

† 患者自身が乳房の異常に気づいて受診までの期間についてすぐに受診したと捉えている

表19 遅延群の受診に至るまでのプロセス(n=9)

パターン	プロセス					
1 (n=2)	これまでに乳がん検診を受けたことがない	自分でしこりに気づく	誰にも相談しない	症状の悪化	友人や家族から受診を薦められる	乳腺外科を受診する
2 (n=1)	5年前に乳がん検診を受診	自分でしこりに気づく	誰にも相談しない	症状の悪化		
3 (n=1)	これまでに乳がん検診を受けたことがない	自分でしこりに気づく	誰にも相談しない	症状の悪化	婦人科を受診 →乳腺外科へ紹介される	
4 (n=1)	これまでに乳がん検診を受けたことがない	自分でしこりに気づく	婦人科を受診 →問題ないと診断される	症状の悪化	他の婦人科を受診 →乳腺外科へ紹介される	
5 (n=2)	これまでに乳がん検診を受けたことがない	自分でしこりに気づく	誰にも相談しない	症状の悪化	胸から出血が止まらず、救急車で救急外来へ搬送される →乳腺外科へ紹介される	
6 (n=1)	これまでに乳がん検診を受けたことがない	自分でしこりに気づく	誰にも相談しない	症状の悪化	内科のかかりつけ医へ相談 →乳腺外科へ紹介される	
7 (n=1)	これまでに乳がん検診を受けたことがない	乳房の痛み、腫脹、発赤に気づく	誰にも相談しない	症状の悪化		
8 (n=1)	これまでに乳がん検診を受けたことがない	自分で胸の腫脹に気付く	誰にも相談しない	次回の乳がん検診まで待つ		

乳がん検診の受診経験

誰にも相談しない

症状の悪化

ソーシャルサポート

表20 非遅延群の受診に至るまでのプロセス（n=12）

パターン	プロセス					
1 (n=3)	毎年乳がん検診を受診			自分でしこりに気づく	友人、家族にしこりについて相談する	乳腺外科を受診する
2 (n=2)	毎年乳がん検診を受診			自分でしこりに気づく		
3 (n=2)	毎年乳がん検診を受診			乳がん検診で異常が見つかる		
4 (n=2)	毎年乳がん検診を受診	家族に薦められて乳がん検診を受診する		乳がん検診で異常が見つかる		
5 (n=2)	定期・不定期で乳がん検診を受診	家族から乳がんの知り合いの話を聞く	自己触診	自分でしこりに気づく	家族にしこりについて相談する	
6 (n=1)	不定期で乳がん検診を受診		乳がん検診を受診	乳がん検診で異常が見つかる		

乳がん検診の受診経験

ソーシャルサポート

表21 受診に際した遅延群の阻害要素・促進要素

	カテゴリー	サブカテゴリー	
		遅延群 vs.	非遅延群
阻害要素	出現した症状	乳がんだと確信できないしこり以外の症状が出現する	しこりを見つける
	がんに対峙した不安・恐怖	不安や恐怖がある	不安や恐怖に対処する
	生活状況	目の前の生活を優先しなければならない	健康問題と向き合える
	状況の開示	乳房の異常について誰にも打ち明けない	乳房の異常について身近な者に打ち明け、友人・知人から情報を得る
	コーピング	受診は面倒である	問題として捉え、主体的に取り組む
	信念	自然の流れに身を任せたい	―
	リスク解釈	乳がんにはならないという自信がある	乳がんになるかもしれない
	医療機関との距離	医療機関と距離がある	専門家を信頼し、受診をすることで安心を得る
促進要素	受診を後押しした他者の存在	他者の介入が受診の迷いを断ち切る	周りが受診を促す
	症状の悪化	症状が悪化する	
	取り巻く状況	周りの人に迷惑をかけない状況にある	

表22 概念枠組みに基づいた結果の要約

J-Delayモデルの概念	量的データ	質的データ
問題の認識	・ 乳房の異常に気づいたきっかけは、遅延群では「自分」、非遅延群では「乳がん検診」と回答した者が多かった（p=0.010）. ・ 最初に気づいた症状は、遅延群では「しこり」、非遅延群では「症状はなかった」と回答した者が多かった（p=0.004）. ・ 乳房の異常に気づいた際、遅延群・非遅延群ともに7割の者が乳がんを疑ったと回答した（p=0.65）. ・ 遅延群・非遅延群の比較では、身近な人の乳がん経験の有無（p=0.08）、および伝達的リテラシー☆（p=0.12）、批判的リテラシー†（p=0.81）の高低に差はなかった. ・ 乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの時間について、遅延群では「遅くなった」、非遅延群では「すぐに受診した」と回答した者が多かった（p<0.001）.	・ 遅延群：「腫れているし、オレンジ色、赤みがかっているわけ。一般的に知られているものとは違う症状で出た」 非遅延群：「シャワーをしていてしこりを見つけたので」 ・ 遅延群：「がんじゃないかなって思ってはいた」 非遅延群：「もしかして乳がんかもしれないと思って受診しました」 ・ 遅延群：「がんは若い人がかかるものって思っているから」、 「健康な家系だから大丈夫だと思っていた」 非遅延群：「私、がん家系なんですよ。みんながんで亡くなっているので、見ているので直に」
情動反応	・ 乳房の異常に気づいた際、遅延群、非遅延群ともに同程度の恐怖（p=0.36）や不安(p=0.84)を有していた.	・ 遅延群： 「リンパをごっそり取るのが怖かった．家事が出来なくなったらどうするのって．いつも心の中で思っていて自分で（病院に）行かなかった．そういう不安があるからね」 非遅延群： 「怖かったです．怖かったですけど、もうあとはあきらめですよ．よし、がんばろうと」
健康習慣	・ 遅延群は非遅延群に比べて、乳がん検診（p<0.001）・子宮がん検診（p<0.001)を定期的に受診していない者の割合が高かった.	・ 遅延群： 「定年で仕事を辞めたら検診には行かなくなった。自分で行けばいい話なんだろうけどさ、放っておいてしまった」 非遅延群： 「毎年検診受けているし、一応、自分でも毎日触ってはいて」
信念	・ 遅延群と非遅延群とでは、受診に対する考え方や行動選択に違いがあった（p<0.001）. <u>遅延群の考え方の例</u> 悪いことは考えたくなかったので乳房の異常について放っておいた(p<0.001) 出来るだけ病院には受診したくないと思った（p<0.001） 周りの人に迷惑をかけると思い、受診をためらった　(p<0.001)	・ 遅延群： 「（治療はせずに）自然にと思っていた」 「今すぐ病院に行って検査をしないといけないっていう感じにはならなかった。痛みはあったけど気のせいでしょうという感じで過ごしていて」 「面倒くさいんだよ」 「健康な家系だし、大丈夫だと思っていた」 非遅延群： 「（問題が）起こったら、じゃあ次はどうすればいいっていう考え方」 「とにかく、早く治したいっていうことしか考えないから」 「私、がん家系なんですよ、だから（症状に気づいた時）もしかして（乳がんかもしれない）と思って受診しました」

☆伝達的リテラシーとは、情報を伝える能力をさす
†批判的リテラシーとは、自分に必要な情報を批判的に吟味して活用できる能力をさす

表22 概念枠組みに基づいた結果の要約（つづき）

J-Delayモデルの概念	量的データ	質的データ
医療機関との距離	遅延群は非遅延群に比べて ・ 病院に行くまでの交通手段を得るのが難しい（p=0.004） ・ どこの病院に行けばいいか迷う（p=0.019） ・ 病院に行くことをためらう（p<0.001） ・ 病院に行くことは恐ろしい(p=0.004) ・ 医師と話しをすることが難しい（p=0.017） ・ 医師が何か異常を見つけるかもしれないと思うと病院に行く気がしない（p<0.001）と感じていた.	・ 遅延群： 「あんまりね、ちょっとのことで、病院行くのもなって思う」 非遅延群： 「自分で治すことも出来ないし、どうすることも出来ないからね、病院にすがるしかなかった。医者を信じてね」
社会との関係性	・ 遅延群は非遅延群に比べて、乳房の異常に気づいた際に、誰にも相談しなかった者の割合が高かった（p=0.011）. ・ 乳房の異常に気づいた際の相談相手については、遅延群は非遅延群に比べて友人・知人に相談した者の割合が高く（p=0.006）、非遅延群は遅延群に比べて家族に相談した者の割合が高かった（p=0.006）. ・ 遅延群は非遅延群に比べて、家族で健康問題に対処する力量が低かった（p<0.001）.	・ 遅延群： 「誰にも話してなかったんですね、自分1人で抱え込んでいたんで」 非遅延群： 「友達とか、兄弟とかに電話をしまくって、職場の人にも情報を仕入れて。それで、早めに病院に行った方がいいよとかいろいろ聞く」 ・ 遅延群： 「もう本当にもう少しね、自分の配偶者とかがね、理解してくれたらいいけど。あんまりしてくれないし」 非遅延群： 「（しこりがあることを）長女に話したら、M先生いい先生だから、まずは乳腺外科にみせた方がいいよって」
多要因‡		・ 遅延群： 乳房の異常に気づいていたものの、金銭・時間・精神的にゆとりがなく、＜目の前の生活を優先しなければならない＞状況に置かれており、医療機関を受診したくても出来ない状況にあった. 「今を生きることを先決にしましたので。お家のことがありすぎて、自分のことは、もうとにかく生きていればいいという」 非遅延群： 治療費を支払える見込みと多様なサポートが得られたことから、＜健康問題と向き合える＞状況にあったことが、スムーズな受診に繋がった. 「（治療費の支払いは）何とかなるかなって」 「息子達もお父さんも、絶対に大丈夫だよって言ってくれるので。家事が出来なくなっても、家族を信じて任せるしかない」

‡J-Delayモデルの概念以外

付録一覧

番号	タ　イ　ト　ル
A1	著作物使用一覧
A2	アンケート調査票
A3	インタビューガイド
A4	基本属性データシート
B1	研究協力依頼書（施設用）
B2	研究協力同意書（施設用）
B3	研究協力依頼書（量的研究）
B4	研究協力同意書（量的研究）
B5	研究協力依頼書（質的研究）
B6	研究協力同意書（質的研究）
C1	質的データ分析の例

著作物使用一覧

著作物	本研究での使用	使用許可	知的所有権
Database of Individual Patient Experiences Japan	概念分析での分析対象で使用	2016年1月5日 メールにて許諾	認定特定非営利法人 健康と病いの語りディペックス・ジャパン 事務局長 佐藤（佐久間）りか
Judgement to Delay モデル	博士論文にモデル図を掲載	2016年11月10日 メールにて許諾	Insight AssessmentCEO / 元 University of California教授 Noreen Facione
症状評価の心理社会文化モデル	博士論文にモデル図を掲載	2016年11月9日 メールにて許諾	University of Malaya Medical Center 教授 Nur Aishah Taib
乳がんの知識アセスメント測定ツール（一部）	**量的研究の質問項目に使用**	**2015年6月17日、18日 メールにて許諾**	**Kings College London** **・Dr Lindsay Forbes** **・Kristie Osborne**
ヘルスリテラシー尺度（FCCHL）	量的研究の質問項目に使用	2015年6月23日 メールにて許諾	東京大学大学院 医学系研究科 准教授　石川ひろの
Judgement to Delay 尺度	量的研究の質問項目に使用	2016年1月1日 メールにて許諾	Insight AssessmentCEO / 元 University of California教授 Noreen Facione
簡易版家族生活力量アセスメントスケール	量的研究の質問項目に使用	・2016年1月8日 同意書取得 ・2016年2月6日 同意書取得	・医学書院 出版総務課 著作権係 ・人間環境大学 教授 島内節

A1

受診行動に関する
アンケート

沖縄県立看護大学大学院　成人・老年保健看護領域

＜お願い＞

本調査は皆さまの受診に至るまでの経験を明らかにすることによって、医療機関への受診につながる援助の方法に結びつけたいと考えております。皆様の御協力をお願い致します。

なお、調査結果は全て統計的に処理し、個人のプライバシーは固く厳守いたします。

年齢　（　　）歳

お仕事　1．正規雇用　2．非正規雇用　3．自営業　4．主婦　5．無職　6．その他 _____

世帯の年間収入　1．300 万未満　2．300 万－500 万円　3．500 万－1,000 万円　4．1,000 万以上

最後学歴　1．小・中学校　2．高校　3．専門学校　4．短期大学　5．大学　6．大学院

婚姻状況　1．未婚　2．既婚　3．離死別

生命保険の加入状況　1．加入あり　2．加入なし

家族構成　1．一人暮らし　2．家族同居

住まい　1．沖縄本島　2．離島（宮古島、石垣島、久米島）　3．小規模離島（多良間島、西表島など）

身近な家族や友人で、乳がんを患った方　1．いる　2．いない

診断時の病期　1．０期　2．Ⅰ期　3．Ⅱ期　4．Ⅲ期　5．Ⅳ期　6．不明

6．不明と回答した方 該当するものに〇をつけてください

1．現時点で医師から説明を受けていない
2．病期については知りたくないと考えている
3．その他（　　）

【A】あてはまるものに〇を入れてください。

（１）どのように症状に気付きましたか？

１．自分（または家族からの指摘）で気付いた

２．乳がん検診で指摘された

３．他の疾患、または症状で検査をした際に指摘された

（２）最初に気付いた症状はどれですか？

１．しこりが触れる　２．しこり以外の症状　３．症状はなかった

（３）**症状に気づいた（または検診通知を受けた）ときから乳腺外科を受診するまでの期間”**は
どれくらいですか？

１．３ヶ月未満　２．３ヶ月以上

２．３ヶ月以上と回答した方のみお答え下さい。

時間を要した**理由**について該当するもの**全てに**〇をつけてください。

１．仕事、介護、子育てなどを優先した
２．女性性が変化することへの不安があった
３．治療や手術による副作用が不安だった
４．金銭的なゆとりがなかった
５．時間的なゆとりがなかった
６．乳腺外科以外の病院で、問題ないと言われた
７．次回の検診案内が来るまで待った
８．何となく時間が過ぎた
９．その他（　　）

（４）**<u>症状に気づいた（または検診通知を受けた）とき</u>**、どれくらい、**こわい**と感じましたか？
あてはまる番号に〇をつけて下さい。

1	2	3	4	5	6	7
非常にこわかった	かなりこわかった	どちらかといえばこわかった	どちらともいえない	どちらかといえばこわくなかった	あまりこわくなかった	全くこわくなかった

（５）**<u>症状に気づいた（または検診通知を受けた）とき</u>**、どれくらい、**不安**を感じましたか？
あてはまる番号に〇をつけて下さい。

1	2	3	4	5	6	7
非常に不安だった	かなり不安だった	どちらかといえば不安だった	どちらともいえない	どちらかといえば不安でなかった	あまり不安でなかった	全く不安でなかった

（６）**“症状に気づいた（または検診通知を受けた）ときから乳腺外科を受診するまでの期間”**
についてどのように感じますか？

１．すぐに受診した方だと思う

２．まあすぐに受診した方だと思う

３．少し遅くなった方だと思う

４．とても遅くなった方だと思う

（７）乳腺外科を受診したきっかけは何ですか？（いくつでも結構です）

１．自分の病状を確認し、次に取るべき行動を考えたかった

２．専門家に見てもらって、解決してほしいと思った

３．乳房の症状があったため

４．様子を見ても症状が改善しないため

５．症状が悪化したため

６．日常生活に支障がでたため

７．家族や親せき、友人からのすすめられたため

８．他医、人間ドック、がん協会などからの紹介

（８）乳腺外科を受診するまでの間、がんを疑いましたか？

１．疑った　　２．半信半疑　　３．疑わなかった

【B】症状（または検診通知）について、すぐに誰かに相談しましたか。

１．相談しなかった

１）その理由について教えてください。

１．相談相手がいなかった

２．家族に心配をかけたくなかった

３．人に頼ることに抵抗があった

４．周りに心配されると不安になるから

５．その他

（　　）

２．相談した

１）どなたに相談しましたか。

１．家族　　５．かかりつけの医師

２．友人・知人　　６．看護師

３．親戚　　７．その他（　　）

４．彼氏・パートナー

【C】乳腺外科を受診するまでの健康行動について、あてはまるものに○を入れてください。

（１）乳がん検診は定期的に受けていましたか？

１．年に１回　　２．半年に１回　　３．数年受けていない　　４．全く受けていない

（２）子宮がん検診は定期的に受けていましたか？

１．２年に１回　　２．年に１回　　３．数年受けていない　　４．全く受けていない

（３）他の病気で、乳腺外科以外の医療機関に通院していましたか。

１．通院していた　　２．通院していない

（４）乳房の変化に気づいてから、民間療法（サプリメント、健康食品など）を利用していましたか？

１．利用した　　２．利用しなかった

【D】家族について、<u>あてはまる方に○をつけてください。</u>

	質問項目	はい	いいえ
1	病気について、率直な会話やコミュニケーションができている		
2	家族の誰かが困っていたら、お互いに助け合おうとする		
3	自分が求める支援と家族から得られる支援は、おおむね一致する		
4	家族の意見はまとまりやすい		
5	家族は、それぞれ自立しており、お互いを尊重している		

【E】乳房の変化に気付いた時点での、<u>あなたの考えに近いものに</u>〇をつけてください。

	質問項目	はい	いいえ
1	乳房の症状/乳がん検診の結果を受けて、病院へ受診することを一番の優先順位にした		
2	悪いことは考えたくなかったので、乳房の症状/乳がん検診の結果について放っておいた		
3	自分が乳がんになるはずはないと思っていた		
4	乳房の症状/乳がん検診の結果を踏まえて、特に行動はしなかった		
5	すぐに病院の予約をとった		
6	どうすることも出来ないと思い、非常に落ち込んだ		
7	乳房の症状/乳がん検診の結果について、何でもないと思った		
8	できるだけ病院には受診したくないと思った		
9	できるだけ受診はせずに、自然の流れに身を任せたかった		
10	とりあえず、次回の乳がん検診まで様子をみようと思った		
11	あえて受診をしないことを選択した		
12	乳房の症状/乳がん検診の結果について、出来るだけ考えないように努めた		
13	乳房の症状/乳がん検診の結果について、深刻には捉えなかった		
14	すぐに受診をする必要があるとは、思いもしなかった		
15	大事なことをキャンセルしてでも、病院へ受診することを優先した		
16	考えることや、行動することが面倒だと思った		
17	周りの人に迷惑をかけると思い、病院へ受診することをためらった		

（次に続きます。）

【F】乳腺外科を受診する前、病院を受診することにどのように感じていましたか。

	質問項目	とても そう思う	そう思う	そう 思わない
1	病院に行くことをとてもためらう	1	2	3
2	病院に行くことは恐ろしい	1	2	3
3	医師の手間をとらせてはいけない	1	2	3
4	医師と話しをすることが難しい	1	2	3
5	病院の予約をとることが難しい	1	2	3
6	忙しすぎて病院に行く時間がない	1	2	3
7	病院までの移動手段を得るのが難しい	1	2	3
8	医師が何か異常を見つけるかもしれないと思うと病院に行く気がしない	1	2	3
9	医師に自分の症状について話しをする自信がない	1	2	3
10	どこの病院に行けば良いか迷う	1	2	3

【G】乳がんやその治療・健康法に関することについて、以下のようなことをしましたか。

もっともあてはまる番号に〇をおつけ下さい。

		全く なかった	あまり なかった	時々 あった	よく あった
1	いろいろなところから乳がんの知識や情報を集めた	1	2	3	4
2	たくさんある乳がんの知識や情報から、自分の求めるものを選び出した	1	2	3	4
3	自分が見聞きした乳がんの知識や情報を、理解できた	1	2	3	4
4	乳がんについての自分の気持ちや考えを、医師や 身近な人に伝えた	1	2	3	4
5	見聞きした乳がんの知識や情報をもとに、実際に生活を変えてみた	1	2	3	4
6	見聞きした乳がんの知識や情報が、自分にもあてはまるかどうか考えた	1	2	3	4
7	見聞きした乳がんの知識や情報の信頼性に疑問をもった	1	2	3	4
8	見聞きした乳がんの知識や情報が正しいかどうか聞いたり、調べたりした	1	2	3	4
9	病院や治療法などを自分で決めるために調べた	1	2	3	4

最後までご協力いただきまして、感謝申し上げます。　ありがとうございました。

インタビューガイド

研究ＩＤ：
面接日：
開始時間：
面接場所：

今回の面接は、乳房の異常に気付いてから医療機関への受診の経験についてお話を伺いたいと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

①いつ乳房の異常に気付きましたか？

②乳房の異常に気付いた時、あなたはどのような状況にありましたか？

③受診することを決めた理由は何ですか？

④受診を決定するうえで妨げとなることはありましたか？

⑤何が受診を促しましたか？

平成　　年　　月　　日

あてはまるものに〇か数字を入れてください。

年齢　　（　　）歳

お仕事

１．正規雇用　２．非正規雇用　３．自営業　４．主婦　５．その他 _____

世帯の年間収入

１．300 万未満　２．300 万－500 万円　３．500 万－1,000 万円　４．1,000 万以上

最後学歴

１．中学　２．高校　３．専門学校　４．短期大学　５．大学　６．大学院

“症状に気づいた（または検診通知を受けた）ときから乳腺外科を受診するまでの期間”についてどのように感じますか？

１．すぐに受診した方だと思う

２．まあすぐに受診した方だと思う

３．少し遅くなった方だと思う

４．とても遅くなった方だと思う

平成●●年●月●日

●●病院
●●　●●　殿

沖縄県立看護大学大学院　成人・老年保健看護領域
博士後期課程２年　大城　真理子

研究協力のお願い（依頼書）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私　大城　真理子（おおしろ　まりこ）は、現在、沖縄県立看護大学大学院に所属し、「女性乳がん患者様が乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの経験」に関する研究に取り組んでおります。患者様にお話を伺うことによって、医療機関への受診につながる援助の方法に結びつけたいと考えています。

つきましては、研究計画書を添付いたしました。下記の研究に関して貴病院のご協力のご高配を賜りたく、お願い申し上げます。

なお、研究に関しましては、患者様の人権への倫理的配慮および個人情報の取り扱いに厳重に注意することをお約束いたします。この研究は、沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号：15005）を得ております。

研究協力にご承諾いただける場合は、別紙の「同意書」にご署名下さいますよう、お願いいたします。また、同意書（控え）は、この依頼書と研究計画書を合わせて、本研究の終了時までお手元に保管して下さいますようお願いいたします。

この研究に関するご質問やご意見は、下記の連絡先までいつでもご連絡下さい。

記

研究目的　：乳がん患者様が乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの関連要因（阻害要因、促進要因）を明らかにすることを目的としております。

研究方法　：添付の研究計画書に詳述しております。

倫理的配慮：添付の研究計画書に詳述しております。

以上

＜お問い合わせ先＞

研究者：大城　真理子（おおしろ　まりこ）
所属：沖縄県立看護大学大学院
保健看護学研究科　博士後期課程
成人・老年保健看護領域
連絡先：×××－××××－××××
E-mail：×××××××

研究指導教員：神里　みどり
（かみざと　みどり）
連絡先：沖縄県立看護大学大学院
098-833-8881（研究室）
所在地：沖縄県那覇市与儀 1-24-1

研究協力についての同意書

この度、沖縄県立看護大学大学院保健看護学研究科博士後期課程　大城真理子（おおしろまりこ）氏から、研究における調査の内容について、研究計画書および依頼書により、その内容を十分に理解しましたので、調査に協力することを同意いたします。

平成２８年　　月　　日

（施設名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自署）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者氏名
（自署）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所属　沖縄県立看護大学大学院　保健看護学研究科　博士後期課程

＜お問い合わせ先＞

研究者:大城　真理子(おおしろ　まりこ) 所属：沖縄県立看護大学大学院 保健看護学研究科　博士後期課程 成人・老年保健看護領域 連絡先：×××－××××－×××× E-mail：××××××××	研究指導教員：神里　みどり (かみざと　みどり) 連絡先:098-833-8881（研究室） 所在地：沖縄県那覇市与儀 1-24-1

※同意書は二部作成し、各一部ずつ研究協力施設責任者と研究者が保管する。

量的調査

研究協力のお願い

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私　大城　真理子（おおしろ　まりこ）は、現在、沖縄県立看護大学大学院に所属し、「女性乳がん患者様が乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの経験」に関する研究に取り組んでおります。皆さまの経験を伺うことによって、医療機関への受診につながる援助の方法に結びつけたいと考えております。そこで、あなたの乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの経過に関するアンケート調査（所要時間約 20 分）、へのご協力をお願い申し上げます。

研究目的：女性乳がん患者様の乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの影響要因（阻害要因、促進要因）を明らかにすることを目的としております。
調査内容：アンケート調査により得られた情報です。
謝　　礼：商品券（500 円分）をアンケートへの回答終了後にお渡し致します。

ご協力いただける際には、以下の点につきまして配慮いたします。

①調査は匿名で実施し、得られた情報は研究以外の目的で使用されることはありません。
②研究の趣旨を説明し、研究に関する質問に十分答えた後、研究を進めて参ります。
③データは個人が特定されないように暗号化し、プライバシーの保護をいたします。
④ご回答いただいた内容の秘密は厳守し、研究中や研究成果の学内および学会等での公表の際には、個人が特定されないように配慮いたします。データは、電子ロックをかけて保管し、研究終了後は 5 年程度厳重に保管した後、破棄することをお約束いたします。
⑤本研究の参加と治療とは全く関係がありません。
⑥アンケート調査の途中で気分が悪くなった場合、時間の都合が悪くなった場合、その他調査が続けられなくなった場合は、速やかに中断・中止いたしますので、研究者までお伝え下さい。

ご協力いただける場合には、別途「調査へのご協力のお願い（同意書）」を取り交わす手続きをとりたいと存じます。

この依頼書と同意書は、ともに研究終了後まで保管されますようお願いいたします。

この研究に関するご質問やご意見は、下記の連絡先までいつでもご連絡下さい。

＜お問い合わせ先＞

研究者：大城　真理子（おおしろ　まりこ）
所属：沖縄県立看護大学大学院
保健看護学研究科　博士後期課程
成人・老年保健看護領域
連絡先: ×××－××××－××××
E-mail：×××××××

研究指導教員：神里　みどり
（かみざと　みどり）
連絡先:098-833-8881（研究室）
所在地：沖縄県那覇市与儀 1-24-1

量的調査

同意書

この度、私は、

「女性乳がん患者様が乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの経験」に関する研究に協力することを承諾いたします。

承諾にあたって研究協力依頼書に基づき、以下の事項について十分に説明を受けました。

説明を受け理解した項目（□の中に☑をつけてください）

□研究の目的

□研究の方法

□調査内容：アンケートによって得た情報

□得られた情報の取り扱い

□調査の途中や終了後であっても研究協力者の都合で撤回・辞退してよいこと

□答えた内容や研究の辞退は今後の治療にまったく影響がないこと

□体調不良時に対する対応

平成２８年　　月　　日

（自署署名）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（説明者署名）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜お問い合わせ先＞

研究者：大城　真理子（おおしろ　まりこ）
所属：沖縄県立看護大学大学院
保健看護学研究科　博士後期課程
成人・老年保健看護領域
連絡先: ×××－××××－××××
E-mail：×××××××

研究指導教員：神里　みどり
（かみざと　みどり）
連絡先:098-833-8881（研究室）
所在地：沖縄県那覇市与儀 1-24-1

依頼書および同意書は、研究終了まで保管して頂きますようお願いいたします。

面接調査

（患者様用）　　平成●●年●月●日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

沖縄県立看護大学大学院　成人・老年保健看護領域
博士後期課程２年　大城　真理子

研究協力のお願い

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私　大城　真理子（おおしろ　まりこ）は、現在、沖縄県立看護大学大学院に所属し、「女性乳がん患者様が乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの経験」に関する研究に取り組んでおります。患者様にお話を伺うことによって、医療機関への受診につながる援助の方法に結びつけたいと考えています。

そこで、あなたの乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの経過の中で、いつ、どのように受診を決定したのかということやその時の思い等に関するインタビュー（45分から１時間程度）、カルテ情報の利用へのご協力をお願い申し上げます。

研究目的：女性乳がん患者様の乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの経験を明らかにすることです。

調査内容：面接調査により得られた情報（乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの経験について）、そしてカルテに記載されている情報（診断名・病期分類・治療内容・治療の経過）です。

謝　　礼：商品券（1000 円分）をアンケートへの回答終了後にお渡し致します。

ご協力いただける際には、以下の点につきまして配慮いたします。

①調査は匿名で実施し、得られた情報は研究以外の目的で使用されることはありません。

②研究の趣旨を説明し、研究に関する質問に十分答えた後、研究を進めて参ります。インタビューに関しましては、事前に日時、時間、場所等承諾を得た上で実施いたします。

③インタビュー中はお答えいただいた貴重な情報を保護するため、IC レコーダーに録音させていただきます。録音内容は、研究者以外が聞くことはありません。

④データは個人が特定されないように暗号化し、プライバシーの保護をいたします。

⑤ご回答いただいた内容の秘密は厳守し、研究中や研究成果の学内および学会等での公表の際には、個人が特定されないように配慮いたします。それらのデータは、電子ロックをかけて保管し、研究終了後は５年程度厳重に保管した後、破棄することをお約束いたします。

⑥本研究の参加と治療とは全く関係がありません。

⑦インタビューの途中で気分が悪くなった場合、時間の都合が悪くなった場合、その他調査が続けられなくなった場合は、速やかに中断・中止いたしますので、研究者まで

面接調査

お伝え下さい。

⑧カルテの情報は、主治医ならびに担当看護師の許可を得て、閲覧させていただきます。閲覧されたカルテ情報に関して情報開示の申し出があった場合には、病院の方針に基づいた上で丁寧に対応致します。

⑨心身にご負担が生じた場合は、医師や看護師、指導教員に報告をした上で速やかに対応を検討いたします。

ご協力いただける場合には、別途「調査へのご協力のお願い（同意書)」を取り交わす手続きをとりたいと存じます。

この依頼書と同意書は、ともに研究終了後まで保管されますようお願いいたします。

この研究に関するご質問やご意見は、下記の連絡先までいつでもご連絡下さい。

＜お問い合わせ先＞

研究者:大城　真理子(おおしろ　まりこ) 所属：沖縄県立看護大学大学院 保健看護学研究科　博士後期課程 成人・老年保健看護領域 連絡先：×××－×××××－××××× E-mail：××××××××	研究指導教員：神里　みどり （かみざと　みどり） 連絡先:098-833-8881（研究室） 所在地：沖縄県那覇市与儀 1-24-1

面接調査

B６

同意書

この度、私は、

「女性乳がん患者様が乳房の症状に気づいてから受診に至るまでの経験」に関する研究に協力することを承諾いたします。

承諾にあたって研究協力依頼書に基づき、以下の事項について十分に説明を受けました。

説明を受け理解した項目（□の中に☑をつけてください）

□研究の目的

□研究の方法

□調査内容：インタビュー・カルテの閲覧（診断名・病期分類・治療内容・治療の経過）によって得た情報

□得られた情報の取り扱い

□調査の途中や終了後であっても研究協力者の都合で撤回・辞退してよいこと

□答えた内容や研究の辞退は今後の治療にまったく影響がないこと

□体調不良時に対する対応

□インタビューの内容を IC レコーダーに録音すること

平成２７年　　月　　日

（自署署名）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（説明者署名）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜お問い合わせ先＞

研究者：大城　真理子（おおしろ　まりこ）
所属：沖縄県立看護大学大学院
保健看護学研究科　博士後期課程
成人・老年保健看護領域
連絡先：×××－××××－××××
E-mail：×××××××

研究指導教員：神里　みどり
（かみざと　みどり）
連絡先：098-833-8881（研究室）
所在地：沖縄県那覇市与儀 1-24-1

依頼書および同意書は、研究終了まで保管して頂きますようお願いいたします。